Filipe Miguel Soares Pereira

Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros

Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutor Abel Silva, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Co – Orientador – Prof. Doutora Denisa Mendonça, Professora Associada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Dedico o trabalho a todos aqueles que o permitiram...

“Oh, que grandes esperanças me dá esta sementeira! Oh, que grande exemplo me deu o semeador! Dá-me grandes esperanças a sementeira, porque, ainda que se percam os primeiros trabalhos, lograr-se-ão os últimos…”

Padre António Vieira (1608 – 1697), Sermão da Sexagésima

Agradeço,

Ao Professor Doutor Abel Silva, por tudo aquilo que nos vai ensinando, sobre tudo, e também sobre Enfermagem. Sem ele não teria sido possível...

À Professora Doutora Denisa Mendonça, pelas discussões, ensinamentos e formas diferentes de ver "o problema". Muito obrigado!

À Professora Doutora A Coenen, Professora Doutora C. Delaney, Professora Doutora H. Marin e Professora Doutora Carolina Silva, pelos contributos dados, os quais, sem dúvida, permitiram melhorar a qualidade do trabalho e das nossas aprendizagens.

Aos Professores (de sempre) e amigos: Abel, Paulo e Paulino. Muito obrigado pelo exemplo!

Ao(s)Conselho(s) Directivo(s) da Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Ao Conselho de Administração da ARS do Norte, e muito em particular ao Sr. Enfermeiro António Santos. Aos serviços do IGIF – Norte, em particular à Dr.ª Raquel Devesa e ao Eng.º Daniel Santos.

Aos Conselhos de Administração e Direcções das instituições participantes no estudo.

À Ana Sá, Brígida, Cândida, Elsa, Petronilho, Isabel Luísa, Isabel Rua, Isabel Rodrigues, Isabel Costa, Zé Augusto, Zé Luís, Laurentina, Laurinda, Augusta, Céu Faia, Ernestina, Joaquina, Margarida Filipe, Patrícia, Paula Santos, Paula Fonseca, Rosa Olívia, Rui e Sílvia. ENFERMEIROS!

A todos os colegas do Grupo de Investigação – USINE; em especial às amigas: Antónia e Natália, pela ajuda extraordinária. Ainda, aos amigos da Escola: Ana Leonor, Alice, Carmo, Ernesto Jorge, Filomena, Inês, Joana, Miguel, Paulo Puga, Regina e Zé Carlos, pelo incentivo e suporte.

Ao amigo Jorge Carvalho, pelo carácter e confiança que sempre depositou em mim.

À Professora D. Maria Adelina da Costa Moura, pela inteligência e por me ter "resgatado"...

Aos meus pais e irmãos, pela educação, amor incondicional e horizontes que me proporcionaram.

À Teresa... por tudo e por aquilo que está para vir!

Muito Obrigado!

Resumo

A investigação apresentada nesta dissertação situa-se no domínio da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tomando por objecto de estudo a problemática dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem (RMDE). Emerge de um percurso de investigação que decorreu entre Janeiro de 2003 e Maio de 2006, envolvendo sete hospitais e dez centros de saúde da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS – N), tendo por finalidade: definir e implementar um modelo de agregação de dados de enfermagem, que permitisse a produção de informação válida acerca do contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.

Adoptando um paradigma de investigação construtivista, orientado para o desenho de um modelo de dados que se revelasse útil nos diferentes contextos de acção, foi desenhada uma abordagem fundada em duas fases distintas: num primeiro momento (Jan. de 2003 – Out. de 2004), com base na utilização de Grupos de Discussão e na Técnica de Delphi, estivemos centrados na produção de consensos acerca dos propósitos e estrutura substantiva do RMDE; após (Nov. 2004 – Mai. 2006), com recurso a um Estudo Exploratório de perfil quantitativo e a sessões com o Grupo de Discussão, estivemos envolvidos na implementação do modelo de agregação de dados e na compreensão dos factores associados à sua consolidação nos diferentes contextos de acção.

O modelo de agregação de dados definido 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. A natureza das sínteses informativas desenhadas serve aqueles dois propósitos. O modelo de agregação construído incorpora requisitos de disponibilidade, fiabilidade, protecção e comparabilidade dos dados, para além de viabilizar a produção automática das sínteses informativas definidas, a partir dos dados documentados "à cabeceira do doente" e nos contactos no centro de saúde. Os conteúdos clínicos do RMDE definido organizam-se em torno de um *"core"* de áreas de atenção. Merecem destaque: as *Actividades executadas pelo próprio*, onde se inclui o *Auto cuidado* e a *Adesão*; a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades); a *Adaptação* e o *Tomar conta*, conceito com o qual se relacionam a *Parentalidade* e o *Papel de prestador de cuidados*.

Na linha do que emergiu da primeira fase da investigação, os dados que resultam do estudo exploratório permitiram-nos consolidar a ideia da existência de dimensões dos cuidados características dos diferentes contextos de assistência. A segunda fase da

investigação permitiu-nos, ainda, conhecer as dimensões dos cuidados de enfermagem, representadas nos conteúdos clínicos do RMDE; dimensões essas que já são uma realidade em uso na documentação, bem como aquelas dimensões que ainda se situam nas intenções expostas. Por outro lado, fomos capazes de identificar e explorar um conjunto de factores envolvidos na consolidação das condições necessárias à produção das sínteses informativas consideradas relevantes para nortear o desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, baseada em resultados.

Os conteúdos clínicos do RMDE relativos às dimensões *Auto cuidado* e *Adesão*, constituem os aspectos que com maior frequência surgem na documentação em uso. Da mesma forma, os elementos relativos à prevenção das *Úlceras de Pressão*, também assumem particular relevo. A preparação dos familiares para as actividades de *Tomar conta*, bem como a *promoção da independência* dos clientes no(s) *Auto cuidado(s),* representam aspectos que ainda se situam no âmbito dos modelos expostos.

Os factores envolvidos na explicação da distância que fica entre os modelos em uso e o modelo exposto, agrupam-se em duas grandes categorias: uma relativa a aspectos prévios à documentação, como as concepções de cuidados ou os modelos de organização e distribuição do trabalho dos enfermeiros; e outra referente à documentação propriamente dita, nomeadamente em termos dos requisitos estruturais dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE).

No que se refere aos valores obtidos nos diferentes aspectos de saúde, no contexto do hospital, os melhores resultados verificam-se ao nível "*prevenção de complicações"*. No universo dos centros de saúde, os *"ganhos em conhecimento"*, merecem destaque. A comparação de resultados entre diferentes contextos de cuidados revelou o potencial que as iniciativas locais de profissionalização de diferentes áreas de intervenção de enfermagem podem ter na produção de ganhos em saúde, no pressuposto de que a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros contribui para a qualidade em saúde.

No âmbito da problemática do estudo, em Outubro de 2005, no número 9 do terceiro (3) volume do "Journal of Nursing Informatics", publicamos um artigo intitulado *"Information Relevance for Continuity of Nursing Care";* estando neste momento em preparação um artigo de síntese relativo a esta tese, no sentido do mesmo ser submetido à "Nursing Outlook".

Palavras-chave: Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem; Modelo de agregação de dados; Sínteses informativas; Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Abstract

The research presented in this thesis is focused on nurses' professional exercise quality domain, taking as study object the Nursing Minimum Data Set (NMDS). It emerges from a research that took place between January 2003 and May 2006, involving seven hospitals and ten Health Centers from the North Regional Health Administration, whose purpose was: to define and to implement a nursing data aggregation model, that allows the production of information capable to translate the nursing contribution of the health of population.

Adopting a constructivist research paradigm, guided according to the development of a data model that would reveals itself useful in the different action contexts, we have drawn a research approach based in two different phases: in a first moment (Jan. 2003 - Oct. 2004), focused on Discussion Groups and on the Delphi Technique utilization, centred in the production of consensus concerning the NMDS; and in a second moment (Nov. 2004 - May. 2006), with the help of an Exploratory Study with quantitative profile and Discussion Group sessions, we reached the implementation of data aggregation model and to realize the factors linked to its functioning in different contexts.

The data aggregation model defined seeks, fundamentally, two purposes: describing client needs and nursing sensitive outcomes; as well as providing informative syntheses useful as a resource for the different decision levels, aiming always the nursing professional continuous improvement exercise in terms of quality. The nature of the developed nursing informative syntheses serves those two purposes. The aggregation model constructed incorporates requirements of availability, reliability, protection and comparability, and allows the automatic production of defined informative syntheses from the registered data "at patient bedside" as well on health centers nursing contacts. NMDS clinical contents places around a "*core*" of attention areas. We highlight: *Self-Performing Activities*, including *Self Care* and *Adherence*; *Learning* (*cognitive* and *of abilities*); *Adaptation* and *Caretaking*, concepts linked with *Parenting* and *Caregiver Rolls*.

According to what emerged in the first phase of the research, the study results allowed us to consolidate the idea of the existence of characteristics care dimensions in the different contexts of attendance. In the second research phase we were able to find out the nursing care dimensions, represented in the defined informative syntheses; whose dimensions were already a reality in the use of the documentation, as well as those nursing care dimensions that still remain in exposed intentions. Furthermore we identified and explored some of the determinant conditions needed to the systematic production of relevant informative syntheses to guide the development of nurses' professional exercise quality

based on results.

NMDS clinical contents related to the dimensions of *Self care* and *Adherence* constitute the aspects that appear in the documentation in use with larger frequency. In the same way, elements referring to *Pressure Ulcers* prevention, also assume a major importance. Preparing Family for the *Caretaking* activities, as well as the clients' *independence promotion* in *Self Care*, represent aspects that still remain in the scope of the exposed models.

We grouped in two categories some factors that can explain the gap between the models in use and model exposed: one related with aspects that are behind the documentation, such as nurses' care conception or nurses' work organization models; another related to the documentation itself, meaning the structural requirements of Nursing Information Systems.

In hospital context, the best results were verified at the level of "*Complications prevention*". In health centers scope "*knowledge acquisition*" deserve prominence. The comparison of results between different contexts of care, disclose the potential that local initiatives, to formalize some of nursing intervention areas, may lead to health gains production, admitting that the quality of nurse professional exercise contributes to health quality.

In the domain of the study problematic, in October 2005, in the number 9 of the third (3) volume of the "Journal of Nursing Informatics", we published an article entitled *"Information Relevance for Continuity of Nursing Care";* and at this moment we are preparing a synthesis article concerning this thesis, which will be sent to "Nursing Outlook".

Keywords: Nursing Minimum Data Set, Data Aggregation Model, Informative syntheses, Nurses' professional quality domain.

Résumé

La dissertation présentée dans ce rapport se place dans le domaine de la qualité de l'exercice professionnel des infirmiers, prenant par objet d'étude la problématique des Résumé Infirmier Minimum (RIM).

Il émerge d'un parcours de recherche qui s'est écoulée entre Jan. 2003 et Mai. 2006, impliquant sept hôpitaux et dix centres de santé de l'Administration Régionale de Santé du Nord (ARS - N), ayant par finalité: définir et implémenter un modèle d'agrégation d'information, qui permettait la production d'information capable de traduire la contribution des soins infirmiers pour la santé des populations.

En adoptant un paradigme de recherche constructiviste, guidée par le dessin d'un modèle d'information qui serait utile dans les différents contextes d'action, a été dessiné un abordage établi en deux phases distinctes : Dans un premier temps (Jan. de 2003 - Out. de 2004), sur la base de l'utilisation de Groupes de Discussion et dans la Technique de Delphi, nous avons centrés dans la production de consensus concernant les intentions et contenu du RIM; après (Nov. 2004 - Mai. 2006), avec une ressource à une Étude Exploratoire au profil quantitatif et à sessions avec Group de Discussion, on a été engagés dans la implémentation du modèle d'agrégation d'information et dans la compréhension facteurs des associés à sa mise en œuvre.

Le modèle d'agrégation d'information défini vise, fondamentalement, deux intentions: décrire les nécessités et les résultats sensibles aux soins infirmiers ; et la disponibilité des synthèses informatives qui se constituent comme une ressource utile pour les différents niveaux de la prise de décision en ayant pour horizon l'amélioration continue de la qualité de l'exercice professionnel des infirmiers. La nature des synthèses informatives d'infirmier développé sert ces deux intentions. Le modèle d'agrégation construit, incorpore des conditions de disponibilité, de la fiabilité, de la protection et de la comparabilité des données, outre de viabiliser la production automatique des synthèses informatives définis, à partir de l'information documentée aux hôpitaux et dans les contacts dans le centre de santé. Les contenus cliniques de RIM définie tournent autour de *"core"* de secteurs d'attention. Ils méritent proéminence : les *Activités exécutées par le propre*, où s'inclut l'*Acte soigné* et l'*Adhésion* ; l'*Apprentissage* (la plus *cognitive* et de *capacités*) ; l'*Adaptation* et *Rendre compte*, concept avec lequel se rapportent la *Parentalité* et le *Rôle de prêteur de soins*.

Dans la ligne dont a émergé la première phase de la recherche, les données résultent de l'étude exploratoire les permettent de consolider l'idée de l'existence de dimensions des soins caractéristiques des différents contextes d'assistance. La seconde phase de la

recherche nous a permis, encore, de connaître les dimensions des soins infirmiers, représentées dans les synthèses informatives définis; ces dimensions qui déjà sont une réalité en usage dans la documentation, ainsi que ces dimensions qui encore se placent dans les intentions exposées. D'autre part, nous avons été capables d'identifier et d'explorer un ensemble de facteurs impliqués dans la consolidation des conditions nécessaires à la production systématique des synthèses informatives importantes pour que guident le développement de la qualité de l'exercice professionnel des infirmiers, basée sur des résultats.

Les contenus cliniques de RIM relatifs aux dimensions *Acte soigné* et *Adhésion*, constituent les aspects qui avec plus grande fréquence apparaissent dans la documentation en usage. De la même manière, que les éléments relatifs à la prévention des *Ulcères de Pression*, assume aussi relief particulier. La préparation des membres de la famille pour les activités de *Prendre compte*, ainsi que la *promotion de l'indépendance* des clients dans l'(s) *Acte soigné* (s), représentent des aspects qui encore se placent dans le contexte des modèles exposés.

Les facteurs impliqués dans l'explication de la distance qui reste entre les modèles en usage et le modèle exposé, se regroupent dans deux grandes catégories: une concernant des aspects préalables à la documentation, comme les conceptions de soins ou les modèles d'organisation et la distribution du travail des infirmiers ; et autre concernant à la documentation proprement dite, notamment dans des termes des conditions structurelles des systèmes d'information infirmier.

En ce qui concerne les valeurs obtenues dans les différents aspects de la santé, dans le contexte de l'hôpital, les meilleurs résultats se vérifient au niveau *"Prévention de complications"*. Dans l'univers des centres de santé, les aspects qui reportent des "profits en connaissance", méritent proéminence. La comparaison de résultats entre de différents contextes de soins a révélé le potentiel que les initiatives locales de professionnalisation de différents secteurs d'intervention de métier d'infirmier peuvent avoir dans la production de profits dans la santé, dans la présupposition dont la qualité de l'exercice professionnel des infirmiers contribue à la qualité dans la santé.

Dans le contexte de la problématique de l'étude, en Octobre 2005, dans le numéro 9 du troisième (3) volume du "Journal of Nursing Informatics", nous publions un article intitulé "Information Relevance for Continuity of Nursing Care", en étant en ce moment en préparation un article de synthèse concernant cette thèse, dans le sens de celui-ci, être envoyé au "Nursing Outlook".

Mots-clefs: Résumé Infirmier Minimum ; Modèle d'agrégation d'information ; Synthèses

informatives ; Qualité de l'exercice professionnel des infirmiers.

abreviaturas e siglas

AMIA – American Medical Informatics Association

ANA – American Nurses Association

ARS - Administração Regional de Saúde

ARS – Norte – Administração Regional de Saúde do Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Cfr. - Confronte

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. - citado

CNPD – Comissão Nacional de Protecção de Dados

CS – Centro de Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DPCO – Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

ESEnf. S. João – Escola Superior de Enfermagem de S. João

EUA – Estados Unidos da América

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

H - Hospital

I – NMDS – International Nursing Minimum Data Set

I & D – Investigação e Desenvolvimento

ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ICN – International Council of Nurses

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde

IMIA – International Medical Informatics Association

INE – Instituto Nacional de Estatística

IOM – Institute of Medicine

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

ISO – International Standard Organization

n.º - número

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NOC – Nursing sensitive Outcomes Classification

OCDE- Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OIIQ – Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec

OMS – Organização Mundial da Saúde

op. cit. – oportunamente citado

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

p. - página

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

Q 1 – Questionário 1

Q 2 – Questionário 2

RIS – Rede de Informação da Saúde

RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIDE – Sistema de Dados de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SIM – Sistema de Informação Médico

SINUS – Sistema de Informação para as Unidade de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SRS – Sub Região de Saúde

TIC – Tecnologias da Informação e dos Computadores

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde familiar

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide de agregação de dados de enfermagem 162

Figura 2 – Ilustração das sínteses relativas ao desenvolvimento e exposição dos propósitos e conteúdos do RMDE 215

Figura 3 – Relações entre as entidades – *Diagnóstico / Intervenções e Resultados* – na formulação de resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem...225

Figura 4 - Esquema explicativo dos principais processos envolvidos na progressão dos dados até às sínteses informativas 254

Figura 5 – Repetições e variações na intensidade da Dor ao longo do episódio de internamento.....256

Figura 6 – Ilustração das sínteses relativas à estrutura do modelo de agregação de dados de enfermagem.....278

Figura 7 - Ilustração das sínteses relativas ao RMDE: entre os modelos em uso e o modelo exposto 353

Figura 8 – Ilustração das sínteses relativas aos desafios que emergem da análise dos resultados nos Focos de atenção e Dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE 384

Figura 9 – Esquema explicativo dos aspectos centrais envolvidos no desenvolvimento e implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem 390

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por Tipo de Unidade e Idade (em anos) 177

Tabela 2 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por SRS e Idade (em anos) 177

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por Tipo de Unidade e Tempo de serviço (em anos) 178

Tabela 4 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por SRS e Tempo de serviço (em anos) 178

Tabela 5 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por categoria profissional 179

Tabela 6 – Distribuição dos respondentes oriundos dos Hospitais ao Q1, por Domínio 179

Tabela 7 – Focos com consenso global 180

Tabela 8 – Focos com consenso no Hospital 181

Tabela 9 – Focos com consenso no Centro de Saúde 183

Tabela 10 – Distribuição das Intervenções de Enfermagem incluídas nos elementos clínicos do RMDE pelos 5 principais Tipos de Acção da CIPE® (versão Beta) . 210

Tabela 11 – Dados de base para o cálculo da "Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com a complicação" Aspiração, num serviço de Cirurgia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005 230

Tabela 12 – Dados de base para o cálculo da "Efectividade na prevenção das Úlceras de pressão", num serviço de Ortopedia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005 233

Tabela 13 – Dados de base para o cálculo dos "Ganhos em conhecimento sobre Auto vigilância", num serviço de Cardiologia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005 236

Tabela 14 – Dados de base para o cálculo dos "Ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor" e da "Resolução da Dor", num serviço de Cirurgia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005 238

Tabela 15 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por Tipo de Unidade e Idade (em

anos) 240

Tabela 16 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por SRS e Idade (em anos) 241

Tabela 17 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por Tipo de Unidade e Tempo de serviço (em anos) 241

Tabela 18 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por SRS e Tempo de serviço (em anos) 242

Tabela 19 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por categoria profissional.....242

Tabela 20 – Distribuição dos respondentes oriundos dos Hospitais ao Q2, por domínio.....243

Tabela 21 – Sínteses informativas com consenso global (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário).....246

Tabela 22 – Sínteses informativas com consenso no Hospital (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário).....247

Tabela 23 – Sínteses informativas com consenso nos serviços hospitalares de assistência aos Adultos (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário) 248

Tabela 24 – Sínteses informativas com consenso nos serviços hospitalares de assistência à Mulher e à Criança (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário) 249

Tabela 25 – Sínteses informativas com consenso nos Centros de Saúde (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário).....251

Tabela 26 – Distribuição dos serviços hospitalares envolvidos no Estudo Exploratório, pelos Domínios de assistência.....286

Tabela 27 – Estratégias de recolha dos dados para o Estudo Exploratório 287

Tabela 28 – Distribuição dos casos do Estudo Exploratório, por Tipo de Unidade 288

Tabela 29 – Distribuição dos casos do Centro de Saúde pelos principais Programas de Saúde 289

Tabela 30 – Distribuição dos casos do Hospital pelos principais Domínios de assistência.....289

Tabela 31 – Caracterização dos casos relativos aos Programas de Saúde dos Centros de Saúde, quanto à idade 291

Tabela 32 – Caracterização dos casos relativos aos Domínios de assistência hospitalar, quanto à idade 291

Tabela 33 – Distribuição dos casos relativos ao Centro de Saúde e ao Hospital, quanto ao sexo 292

Tabela 34 – Distribuição dos casos relativos aos Programas de Saúde dos Centros de Saúde, quanto ao sexo 293

Tabela 35 – Distribuição dos casos relativos aos Domínios de assistência hospitalar, quanto ao sexo 294

Tabela 36 – Caracterização dos casos relativos ao Centro de Saúde, quanto ao número de contactos de enfermagem realizados 295

Tabela 37 – Caracterização dos casos relativos aos Programas de Saúde dos Centros de Saúde, quanto ao número de contactos de enfermagem realizados295

Tabela 38 – Caracterização dos casos relativos ao Hospital, quanto à duração dos episódios de internamento 296

Tabela 39 – Caracterização dos casos relativos aos Domínios de assistência hospitalar, quanto à duração dos episódios de internamento 296

Tabela 40 – Distribuição dos casos relativos ao Hospital, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes) 297

Tabela 41 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Cirurgia, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)..... 297

Tabela 42 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Criança, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)..... 298

Tabela 43 – Distribuição dos casos relativos ao domínio das Especialidades Cirúrgicas, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)..... 298

Tabela 44 – Distribuição dos casos relativos ao domínio das Especialidades Médicas, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)..... 299

Tabela 45 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Medicina, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)..... 299

Tabela 46 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Mulher, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)..... 300

Tabela 47 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Ortopedia, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes) 300

Tabela 48 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da UCI, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes) 301

Tabela 49 – Frequências dos 20 Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no Hospital (ordenados por ordem alfabética dos Focos de atenção).....306

Tabela 50 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Hospital (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 307

Tabela 51 – Distribuição dos casos provenientes do Hospital, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 308

Tabela 52 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no domínio de assistência ao Adulto (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 309

Tabela 53 – Distribuição dos casos provenientes do domínio de assistência ao Adulto, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais).....310

Tabela 54 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no domínio de assistência à Criança (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 312

Tabela 55 – Distribuição dos casos provenientes do domínio de assistência à Criança, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais).....313

Tabela 56 – Distribuição dos casos provenientes do domínio da Mulher, especificando as cinco principais intervenções médicas documentadas.....314

Tabela 57 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no domínio de assistência à Mulher (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 314

Tabela 58 – Distribuição dos casos provenientes do domínio de assistência à Mulher, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores

percentuais) 315

Tabela 59 – Frequências dos 20 Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no Centro de Saúde (ordenados por ordem alfabética dos Focos de atenção) 317

Tabela 60 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 318

Tabela 61 – Distribuição dos casos provenientes do Centro de Saúde, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)..... 319

Tabela 62 – Distribuição dos casos pelos Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 320

Tabela 63 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde - Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias -, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)..... 321

Tabela 64 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Domicílio (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 322

Tabela 65 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde - Domicílio -, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 323

Tabela 66 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Idosos e Dependentes (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 324

Tabela 67 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde – Idosos e Dependentes –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 325

Tabela 68 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes nos Programas de Saúde – Grupos de Risco e Saúde do Adulto (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 326

Tabela 69 – Distribuição dos casos provenientes dos Programas de Saúde – Grupos de Risco e Saúde do Adulto –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais).....327

Tabela 70 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde Infanto-Juvenil (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 328

Tabela 71 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde – Infanto-Juvenil –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais).....329

Tabela 72 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Reprodutiva (organizados por ordem descendente dos valores percentuais) 330

Tabela 73 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde – Reprodutiva –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais).....331

Tabela 74 – Distribuição das intervenções de enfermagem realizadas no total da amostra, tendo em consideração a natureza da prescrição 334

Tabela 75 – Distribuição das intervenções autónomas de enfermagem realizadas no total da amostra, em função da sua inclusão nos conteúdos do RMDE.....334

Tabela 76 – Distribuição das 10 intervenções de enfermagem do RMDE mais frequentes, no total da amostra (organizadas por ordem descendente dos valores percentuais) 335

Tabela 77 – Distribuição das intervenções de enfermagem do RMDE, utilizadas no total da amostra, em função dos 5 principais Tipos de acção da CIPE® (versão Beta).....336

Tabela 78 – Resultados relativos aos 10 Focos de atenção mais frequentes no Hospital (ordenados pela percentagem do “Valor 3”, de forma descendente)....364

Tabela 79 – Resultados relativos às Dimensões dos cuidados representadas no RMDE, tendo por referência o Hospital (ordenados pela percentagem do “Valor 3”, de forma descendente).....365

Tabela 80 – Resultados relativos aos 10 Focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde (ordenados pela percentagem do “Valor 3”, de forma descendente) 367

Tabela 81 – Resultados relativos às Dimensões dos cuidados representadas no RMDE, tendo por referência o Centro de Saúde (ordenados pela percentagem do “Valor 3”, de forma descendente) 368

Tabela 82 – Diferença encontrada no Hospital, em termos de melhoria no grau de dependência no Auto cuidado: higiene, através do teste Qui - Quadrado, em função da realização de intervenções de enfermagem 375

Tabela 83 – Diferença encontrada no Hospital, na prevenção da Obstipação, através do teste Qui - Quadrado, em função da realização de intervenções de enfermagem 376

Tabela 84 – Diferença encontrada no Hospital, em termos de aquisição de conhecimentos sobre a Auto vigilância, através do teste Qui - Quadrado, em função da realização de intervenções de enfermagem 377

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Aritmética do valor da Informação (adaptado de Zorrinho, 1999).....54

Quadro II – Elementos dos RMDE (adaptado de Werley et al., 1991, p. 423) 66

Quadro III – Evolução da Filosofia da Qualidade em Saúde (adaptado de Mezomo, 2001) 78

Quadro IV – Elementos fundamentais de um Sistema de Qualidade.....82

Quadro V – Critérios para Avaliar a Sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos resultados (adaptado de Johnson, Maas & Moorhead, 2000) 87

Quadro VI – Aspectos da saúde com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem 89

Quadro VII – Visão geral do estudo.....95

Quadro VIII – Centros de Saúde envolvidos na primeira fase do estudo, por SRS, tipo e suporte do SIE em uso no início do projecto 119

Quadro IX – Hospitais envolvidos na primeira fase do estudo, por SRS, tipo e suporte do SIE no início do projecto 119

Quadro X – Critérios de Consenso definidos para o Estudo de Delphi 137

Quadro XI – Relação entre os enunciados dos diagnósticos e os resultados / objectivos de enfermagem.....174

Quadro XII – Focos de atenção característicos dos serviços hospitalares de atendimento a Adultos, de acordo com resultados do Q 1 182

Quadro XIII – Focos de atenção característicos dos serviços hospitalares de assistência à Criança e à Mulher, de acordo com resultados do Q 1 183

Quadro XIV – Focos de atenção incluídos no RMDE (com base na versão Beta 2 da CIPE®) 197

Quadro XV – Exemplos de grupos de intervenções de enfermagem com sintaxes diferentes para a mesma semântica 206

Quadro XVI – Exemplos de intervenções de enfermagem com diferentes níveis conceptuais (Género – Espécies) 208

Quadro XVII – Intervenções de enfermagem com tipo de acção do género Observar, incluídas nos conteúdos do RMDE.....209

Quadro XVIII – Elementos sócio - demográficos do RMDE..... 213

Quadro XIX – Elementos do serviço do RMDE 213

Quadro XX – Fórmula de cálculo da "Frequência relativa" de casos de dependência no Auto cuidado: higiene, num serviço de Medicina de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005..... 228

Quadro XXI – Focos de atenção para os quais foram desenvolvidas sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações 232

Quadro XXII – Graus de intensidade da Dor e respectivos *scores*, no âmbito do RMDE 238

Quadro XXIII – Sínteses informativas sugeridas pelos respondentes ao Q2..... 245

Quadro XXIV – Dos termos da CIPE® concatenados aos resultados da concatenação..... 274

Quadro XXV – Exemplos de enunciados locais de opiniões clínicas do RMDE com erros, detectados durante a Inspecção dos dados 275

Quadro XXVI – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Concepções de cuidados 339

Quadro XXVII – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Diagnóstico em Enfermagem 340

Quadro XXVIII - Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Modelos de organização e distribuição do trabalho dos enfermeiros..... 342

Quadro XXIX – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Programas de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício..... 343

Quadro XXX – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Da tradição *Scripto* ao discurso *Informo*..... 344

Quadro XXXI – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) 346

Quadro XXXII – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Estrutura dos SIE 347

Quadro XXXIII – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Cristalização dos conteúdos nos SIE 349

ÍNDICE GERAL

1 INTRODUÇÃO 33

1.1 PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS 33
1.1.1 DO CONCEITO DE ENFERMAGEM 34
1.1.2 DA INFORMAÇÃO 50
1.1.3 DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM 56
1.1.4 DOS RESUMOS MÍNIMOS DE DADOS DE ENFERMAGEM 61
1.1.5 DOS INDICADORES DE SAÚDE E DOS INDICADORES DE ENFERMAGEM 70
1.1.6 DA QUALIDADE EM SAÚDE E DA QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS 77
1.2 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO 90
1.3 FINALIDADE 92
1.3.1 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO 92
1.4 VISÃO GERAL DO ESTUDO 93
1.5 VISÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO 96
1.6 REFERÊNCIAS 96

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 109

2.1 PARADIGMA DA INVESTIGAÇÃO 109
2.2 DA PRIMEIRA PARTE DO ESTUDO 114
2.2.1 OBJECTIVOS 114
2.2.2 DEFINIÇÃO DOS PROPÓSITOS, CONTEÚDOS E MODELO DE RMDE 114
2.2.3 OS CONSENSOS COMO MARCA DA INVESTIGAÇÃO 115
2.2.4 CONTEXTO(S) DA INVESTIGAÇÃO 116
2.2.5 RECOLHA DE DADOS 120
2.2.5.1 O Grupo de Discussão 121
2.2.5.1.1 Participantes 123
2.2.5.1.2 Construção e funcionamento 125
2.2.5.1.3 Sessões com o Grupo de Discussão 127
2.2.5.1.4 Recolha e análise dos dados 129
2.2.5.2 O Estudo de Delphi 131
2.2.5.2.1 Universo e Amostra 133
2.2.5.2.2 Questionário I: Focos de atenção e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem 134

2.2.5.2.3 Questionário II: Sínteses informativas relativas aos focos de atenção 135
2.2.5.2.4 Recolha, análise dos dados e critérios de consenso 136
2.2.5.3 As Notas de campo 137
2.2.5.3.1 Formato e produção 138
2.2.5.3.2 Análise do conteúdo 138
2.3 DA SEGUNDA PARTE DO ESTUDO 138
2.3.1 OBJECTIVOS 139
2.3.2 IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE RMDE 139
2.3.3 RECOLHA DE DADOS 139
2.3.3.1 O Estudo Exploratório 140
2.3.3.1.1 Universo e Amostra 140
2.3.3.1.2 Recolha e análise dos dados 141
2.3.3.2 O Grupo de Discussão 142
2.3.3.3 As Notas de Campo 142
2.4 ENCERRAMENTO DO PROJECTO 143
2.5 REFERÊNCIAS 143

3 RMDE: DESENVOLVIMENTO E EXPOSIÇÃO DOS PROPÓSITOS E CONTEÚDOS DO MODELO 149

3.1 RMDE, PARA QUÊ? 150
3.1.1 FUNDAMENTOS 152
3.1.1.1 As influências 153
3.1.1.2 O recurso informação 156
3.1.1.3 O RMDE: parte dos SIE 157
3.1.1.4 A agregação de dados 160
3.1.1.5 A "visibilidade" dos cuidados de enfermagem 163
3.1.1.6 Ganhos em Saúde e Ganhos em Saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem 166
3.1.2 OS PROPÓSITOS DO MODELO 169
3.1.2.1 Descrever necessidades e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem 169
3.1.2.2 Fornecer informação para os diferentes níveis da tomada de decisão 170
3.2 RMDE: SOBRE O QUÊ? 172
3.2.1 OS FOCOS DA PRÁTICA, OS DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM E A SENSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM 173
3.2.2 AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM E A SENSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE

ENFERMAGEM 191
3.3 RMDE: OS CONTEÚDOS DO MODELO 195
3.3.1 OS ELEMENTOS CLÍNICOS DE ENFERMAGEM 196
3.3.1.1 Dos elementos clínicos de enfermagem do RMDE e do *"Core"* das áreas de atenção da disciplina: algumas implicações 200
3.3.1.2 Os Diagnósticos e os Resultados de enfermagem 203
3.3.1.3 As Intervenções de enfermagem 204
3.3.2 OS ELEMENTOS SÓCIO – DEMOGRÁFICOS E DO SERVIÇO 213
3.3.2.1 Os Elementos sócio – demográficos 213
3.3.2.2 Os Elementos do serviço 213
3.4 SÍNTESES 214
3.5 REFERÊNCIAS 216

4 RMDE: DESENVOLVIMENTO E EXPOSIÇÃO DA ESTRUTURA DO MODELO.... 221

4.1 DO RESUMO MÍNIMO DE DADOS E DAS SÍNTESES INFORMATIVAS QUE PODEM SER GERADAS 222
4.2 A NATUREZA DAS SÍNTESES INFORMATIVAS ENSAIADAS 222
4.2.1 FREQUÊNCIAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM 226
4.2.2 SÍNTESES INFORMATIVAS ORIENTADAS PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES 228
4.2.3 SÍNTESES INFORMATIVAS ORIENTADAS PARA AS MODIFICAÇÕES POSITIVAS NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM 235
4.3 A UTILIDADE DAS SÍNTESES INFORMATIVAS ENSAIADAS NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ASSISTÊNCIA 240
4.3.1 NO HOSPITAL 246
4.3.1.1 Assistência ao Adulto 247
4.3.1.2 Assistência à Criança e à Mulher 248
4.3.2 NO CENTRO DE SAÚDE 251
4.4 O MODELO DE PRODUÇÃO DAS SÍNTESES INFORMATIVAS: UM PADRÃO DE LEITURA DO RMDE 253
4.4.1 PRINCÍPIOS E ESTRUTURA DO MODELO DE PRODUÇÃO DAS SÍNTESES INFORMATIVAS 254
4.4.1.1 "Modelo" I de organização dos dados 258
4.4.1.2 Modelo II de organização dos dados 259
4.4.1.2.1 Para as *Frequências do diagnóstico do Risco, nos casos com complicação* 259
4.4.1.2.2 Para a *efectividade na prevenção das complicações* 260
4.4.1.3 Modelo III de organização dos dados 262

4.4.1.3.1 Para os diagnóstico de enfermagem baseados em vários graus de manifestação 262
4.4.1.3.2 Para diagnósticos de enfermagem baseados em diferenciais semânticos dicotómicos....263
4.4.2 A LÓGICA DE AGREGAÇÃO DOS DADOS....264
4.4.3 REQUISITOS NECESSÁRIOS À VIABILIZAÇÃO DO RMDE 265
4.4.3.1 A disponibilidade dos dados....266
4.4.3.1.1 Incorporação de novos conteúdos nos SIE em uso....267
4.4.3.1.2 O(s) repositório(s) dos dados 270
4.4.3.2 A comparabilidade dos dados 271
4.4.3.2.1 A comparabilidade exacta e a possível 271
4.4.3.2.2 A(s) Linguagem(s) Classificada(s)....272
4.4.3.2.3 Para além da codificação dos blocos semânticos utilizados na descrição dos cuidados de enfermagem 273
4.4.3.3 A fiabilidade dos dados 276
4.4.3.4 A protecção dos dados....277
4.5 SÍNTESES 278
4.6 REFERÊNCIAS....280

5 RMDE: ENTRE OS MODELOS EM USO E O MODELO EXPOSTO 285

5.1 O(S) CONTEXTO(S)....286
5.2 OS PROCESSOS DE RECOLHA DE DADOS 287
5.2.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 287
5.2.1.1 Descrição da amostra 289
5.2.1.1.1 Dados relativos aos clientes....290
5.2.1.1.2 Dados relativos aos serviços....294
5.3 ANÁLISE DOS DADOS....301
5.3.1 DOS FOCOS DE ATENÇÃO E DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM....302
5.3.1.1 No Hospital 305
5.3.1.1.1 Por Domínios 308
5.3.1.2 No Centro de Saúde 316
5.3.1.2.1 Por Programas de Saúde....319
5.3.2 DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 332
5.4 OS MODELOS EM USO E O MODELO EXPOSTO....337
5.4.1 CONTINGÊNCIAS 337
5.4.1.1 Prévias à documentação....338

5.4.1.1.1 As concepções de cuidados 338
5.4.1.1.2 O diagnóstico em enfermagem 339
5.4.1.1.3 Os modelos de organização e distribuição do trabalho dos enfermeiros..... 341
5.4.1.1.4 Os programas de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício ... 342
5.4.1.2 Relativas à documentação 343
5.4.1.2.1 Da tradição *Scripto* ao discurso *Informo* 344
5.4.1.2.2 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 345
5.4.1.2.3 A estrutura dos SIE 347
5.4.1.2.4 A cristalização dos conteúdos nos SIE 348
5.5 RESUMO E RESUMOS MÍNIMOS DE DADOS DE ENFERMAGEM 350
5.5.1 POR TIPO DE UNIDADE 351
5.5.2 POR DOMÍNIO / PROGRAMA DE SAÚDE 351
5.5.2.1 Por Domínio 351
5.5.2.2 Por Programa de Saúde 352
5.6 SÍNTESES 353
5.7 REFERÊNCIAS 355

6 RMDE: DOS PADRÕES DE LEITURA DOS DADOS AOS PADRÕES DE USO DA INFORMAÇÃO 359

6.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 360
6.1.1 OS RESULTADOS 360
6.1.2 POR TIPO DE UNIDADE 363
6.1.2.1 No Hospital 363
6.1.2.2 No Centro de Saúde 366
6.1.2.3 Comparação dos resultados por Tipo de Unidade 369
6.1.2.3.1 Comparação dos resultados por Domínio / Programa de Saúde 370
6.1.3 DA EFECTIVIDADE DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - QUESTÕES EMERGENTES 374
6.1.4 REDES DE TROCA DE CONHECIMENTO E EXPERIÊNCIAS DE ENFERMAGEM (RETECE'S): DO DESAFIO E DA OPORTUNIDADE 378
6.1.5 TER, USAR E SABER USAR A INFORMAÇÃO: UM PADRÃO DE USO DO CONHECIMENTO. 380
6.2 SÍNTESES 384
6.3 REFERÊNCIAS 387

7 CONCLUSÕES 389

7.1 REFERÊNCIAS 400

8 BIBLIOGRAFIA 403

VOLUME II – ANEXOS

1 Introdução

A dissertação que aqui se apresenta, é fruto de um projecto de parceria entre a Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Sistemas de Informação de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João, que integramos, e a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS – Norte), com a colaboração do Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF – Norte) do Ministério da Saúde e do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. O percurso de investigação que realizámos situa-se nos territórios dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), tomando por objecto de estudo os Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem (RMDE), tendo em vista a definição de um modelo de agregação de dados que permita a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.

As questões relativas aos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) representam um domínio para onde temos canalizado os nossos interesses, quer no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem que realizámos, quer no âmbito dos percursos de Investigação & Desenvolvimento (I&D) em que fomos estando envolvidos, por via do grupo de investigação a que pertencemos.

A tese aqui apresentada foi induzida a partir dos dados recolhidos e analisados no decurso do estudo, com base numa abordagem construtivista, centrada em processos dialécticos de análise comparativa e iterativa do material que foi emergindo, fundamentalmente, a partir das perspectivas dos participantes.

1.1 Problemática e conceitos centrais

A delimitação do contexto problemático em que se situa a temática deste estudo constitui um elemento essencial para a compreensão da abordagem adoptada ao longo desta investigação.

O marco teórico que acompanha esta investigação resulta de um conjunto de referências e autores que, com grande consistência se têm dedicado à mesma área de interesse a que nos dedicamos e, dessa forma, constituem uma base sólida na problematização da temática.

Este enquadramento teórico é enformado e assenta em seis pilares conceptuais, os quais delimitam o contexto onde nos situamos. Das questões relativas ao conceito de *enfermagem* e do processo de teorização que o suporta, evoluímos na exploração do conceito de *informação* e da forma como se processa a progressão dos dados até ao

conhecimento. Os *SIE* são reflectidos em termos da sua natureza, desenvolvimento e funções, o que nos permite trazer para a discussão as questões em torno dos *Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem* (RMDE) e do seu potencial para a produção sistemática e regular de *indicadores* capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações. Por último, empreendemos uma reflexão acerca da *qualidade* em saúde e do exercício profissional dos enfermeiros e da sua ligação com as questões relativas aos SIE e aos RMDE.

1.1.1 Do conceito de Enfermagem

Nos parágrafos anteriores utilizamos a imagem do marco teórico sustentado em seis pilares, quando, na realidade, deveríamos falar em cinco pilares e uma base unificadora – a teoria de enfermagem. Não pretendemos com esta abordagem relativa aos aspectos da teoria de enfermagem ser exaustivos na explanação conceptual da disciplina; temos como intenção definir o campo em que se desenvolve a investigação e onde os seus resultados são lidos e interpretados.

Com efeito, a teoria de enfermagem surge aqui como o alicerce conceptual e a "argamassa" que une os restantes conceitos. Esta opção procura clarificar o sentido em que a definição e implementação de um modelo de agregação de dados de enfermagem constitui um processo que parte da teoria de enfermagem e a ela pretende voltar, numa dialéctica que se procura plena de significado e utilidade. O nosso objectivo não é validar, muito menos testar, esta ou aquela teoria, este ou aquele modelo conceptual, antes colocar a investigação que levamos por diante, e aquilo que dela resulta, no âmbito da enfermagem.

Acerca das relações entre a teoria e a investigação em enfermagem, Meleis sustenta que *"no passado, a investigação em enfermagem tem sido mais orientada por teorias da educação, sociologia e psicologia e menos pela teoria de enfermagem"*[1] (2005, p. 20). Continua, postulando que, *" as teorias de enfermagem estimulam os investigadores em enfermagem a explorar os problemas significantes no campo da enfermagem"* (Ibidem), aumentando, assim, o potencial de desenvolvimento do conhecimento próprio da disciplina.

Esta constatação não significa que é de todo inadequado o uso de fundamentos e aspectos teóricos de outros domínios do conhecimento, no âmbito da investigação em enfermagem. O que se procura é estabelecer uma distinção entre a investigação realizada pelos enfermeiros e a investigação em enfermagem.

---

[1] Todas as traduções para Português são exercícios livres da responsabilidade do autor.

As reflexões e posições adoptadas por Meleis quanto à natureza, progresso e desenvolvimento da teoria de enfermagem funcionam como elemento transversal desta abordagem, por força do seu rigor, criatividade e profundidade. No entanto, sempre que julgamos oportuno, recorremos a outros autores como forma de enriquecer a abordagem e a problematização realizadas.

Ao discutirmos as questões que giram à volta da teoria de enfermagem, vemo-nos envolvidos em dimensões como a sua natureza e utilidade, os percursos históricos que a justificam, os seus aspectos epistemológicos, as fronteiras do(s) domínio(s) da disciplina e aquilo que têm sido os constrangimentos e as tendências do seu progresso.

A teoria de enfermagem não é algo de carácter meramente simbólico de que a enfermagem necessite para se afirmar no contexto académico; antes uma articulação sistemática e coerente de posições capazes de dirigir e focalizar, simultaneamente, a investigação e a prática. Como noutros domínios do conhecimento, a teoria de enfermagem pretende identificar, descrever, explicar e predizer a gama de fenómenos de interesse da disciplina.

A teoria de enfermagem pode ser definida como *"uma articulação e uma conceptualização partilhada, desenvolvida ou descoberta, acerca de realidades que dizem respeito à enfermagem, com o propósito de descrever, explicar, predizer ou prescrever cuidados de enfermagem"* (Meleis, 2005, p. 139).

A definição proposta por Meleis leva-nos para os territórios da utilidade das teorias. O objectivo central do processo de teorização em enfermagem é o desenvolvimento de conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos fenómenos de interesse para a enfermagem, as relações que se estabelecem entre eles e as condições e contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem. Contudo, a utilidade das teorias de enfermagem não se esgota na dimensão explicativa dos fenómenos, visa, também, dada a natureza da enfermagem, o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas de cuidados. Assim, procuram-se "Teorias descritivas / explicativas" e "Teorias prescritivas" (Idem, p. 18 – 19) que reflictam os *"... padrões das respostas humanas à saúde e à doença, ao ambiente, aos tratamentos e aos cuidados de saúde"* (Idem, p. 223).

A distinção estabelecida entre os dois tipos de teorias propostos faz-se com base naquilo que Meleis designa por *"componentes estruturais"* das teorias de enfermagem (Idem, p. 19).

Assim, as teorias descritivas ou explicativas incluem:

- Condição ou estado do cliente;
- Padrões de resposta às condições, situações ou eventos;
- Análise dos contextos das respostas;
- Análise dos factores promotores e/ou inibidores dos contextos;

As teorias prescritivas incluem como componentes estruturais:

- Definição da condição ou estado do cliente;
- Terapêuticas ou intervenções de enfermagem;
- Processo de implementação das intervenções de enfermagem;
- Padrões desejados dos status a atingir;
- Contexto dos status desejados / indesejados e das intervenções de enfermagem.

A lógica de categorização das teorias de enfermagem que apresentamos não esgota as tipologias existentes. Meleis (Idem) expõem-nos e explora diversas formas de classificar as teorias de enfermagem. A nossa opção por esta via prende-se com a centralidade da dimensão utilitária das teorias, que aqui procuramos enfatizar.

No campo sociológico, a utilidade das teorias de enfermagem não se joga no contexto superficial do mero reconhecimento académico. Na realidade, afirma-se e decorre das obrigações sociais da profissão que, de acordo com aquilo que está estatuído no quadro que regula o seu exercício, por exemplo em Portugal, exigem o desenvolvimento de todos os esforços tendentes à prestação dos melhores cuidados de enfermagem (OE, 2003), à semelhança daquilo que ocorre noutros contextos (Evers, 2003; ICN, 2005; Winters & Ballou, 2003).

O elemento central que atravessa todas as discussões realizadas, no seio da comunidade de enfermagem, acerca da utilidade do processo de teorização em enfermagem desagua na capacidade da teoria melhorar as práticas. Já nos anos 70, 80 e inícios de 90, quando muitas discussões acerca da utilidade da teoria de enfermagem, dado o contexto histórico, se faziam em torno de questões como os desenhos curriculares (Drapper, 1990) ou a autonomia da profissão (Moody, 1990; cit. por Tolley, 1995), o assento tónico para o desenvolvimento da teorização em enfermagem era colocado no progresso das práticas (Marriner, 1986; Silva & Rothbart, 1984; Visintainer, 1986; Walker & Avant, 1988).

Daqui se infere que o potencial de desenvolvimento e crescimento do conhecimento de enfermagem exige uma relação estreita entre teoria, prática e investigação. Em 1978,

Fawcett desafiou a comunidade de enfermagem a pensar as relações entre teoria e investigação como a estrutura de dupla hélice do ADN. Uma hélice representava a teoria em espiral, desde a concepção de uma ideia até às modificações que nela ocorrem fruto da confirmação ou refutação que advém da investigação. A segunda hélice representava a cadeia em espiral da investigação, desde as perguntas de investigação, aos processos de recolha de dados e às propostas para futuras investigações. À data, Fawcett já proponha que a ligação entre as duas hélices se fizesse por via da aplicação do conhecimento, o mesmo é dizer que, nesta imagem, as pontes entre as duas cadeias são as práticas de enfermagem.

Dos parágrafos anteriores parece resultar claro que, em termos da sua natureza intrínseca, a teoria de enfermagem e, por força de razão, a própria enfermagem, é uma *"ciência orientada para a prática"* (Meleis, 2005, p. 94). Contudo, urge fazer a distinção entre *"ciência prática"* e *"ciência aplicada"* (Ibidem). Muitas das discussões acerca da natureza disciplinar da enfermagem têm vindo a ser feitas por via da análise das teorias e dos conhecimentos que são utilizados, quer nos percursos de investigação realizados, quer na concepção dos cuidados de enfermagem.

Uma ciência aplicada é aquela em que o conhecimento que utiliza representa um conjunto de ideias e preposições com origem noutras ciências. Neste sentido, a enfermagem entendida como ciência aplicada fundamentar-se-ia na mera utilização combinada de teorias da *"... fisiologia, psicologia, sociologia e outras ciências, mas sem conhecimento próprio gerado em si mesma"* (Parse, 1999, p. 1383).

Em alternativa, emerge o conceito de *"Ciência de base"* (Idem, p. 1384), o qual se fundamenta não na questão da aplicação do conhecimento mas, fundamentalmente, da sua geração e representação. Este conceito é relativamente novo e surge como um desafio motivador para a comunidade de enfermagem.

Neste cenário, a dimensão prática de ciência básica de enfermagem decorre da aplicação, no contexto de acção, de conhecimento próprio gerado dentro dos seus limites ou domínios – queremos mesmo dizer domínios –, e não da aplicação de conhecimento proveniente doutras disciplinas.

A enfermagem é uma disciplina orientada para a prática, o que decorre da natureza da profissão e daquilo que é o serviço que presta em termos sociais. A dimensão prática da disciplina de enfermagem exige e implica aquilo que Meleis define como *"conhecimento básico"* e *"conhecimento aplicado"* (2005, p. 95); quer isto dizer: conhecimento com potencial para promover a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

O desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem, nesta perspectiva da

disciplina orientada para a prática, deve ir para além do progresso do conhecimento em si mesmo e fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas, famílias e comunidades. Em síntese, Meleis (Ibidem) advoga que importa gerar – para aplicar – conhecimento de enfermagem em dimensões como:

- Caracterização dos clientes e das suas necessidades em cuidados;
- As formas de aumentar o bem – estar dos clientes e os seus recursos cognitivos para lidar com as suas actividades diárias;
- As formas e os meios de aumentar a capacidade dos clientes para cuidarem de si próprios e dos seus familiares, através da utilização e optimização dos recursos disponíveis e da criação / mobilização de novos recursos.

A natureza da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento não se esgota na sua dimensão prática. Na realidade, faz todo o sentido perspectivar a enfermagem enquanto uma *"ciência humana"* (Idem, p. 94).

A afirmação da enfermagem enquanto ciência humana tem sido feita, com muita frequência e por muitas das suas mais conceituadas pensadoras, numa lógica de análise da filosofia das ciências, dos seus aspectos epistemológicos e com base na dicotomia entre ciências naturais e ciências humanas.

A história da enfermagem está polvilhada de factos e fundamentos filosóficos que lhe determinam o carácter humanista. Na Europa, muito em particular, a enfermagem enquanto função social remonta à tradição Greco – Romana da *"Humanitas"* e Judaico – Cristã da *"Caritas".* O núcleo dos valores da tradição *"Humanitas"* é o respeito pela dignidade de cada pessoa e a liberdade individual, enquanto que os valores fundamentais da *"Caritas"* são a solidariedade com os doentes, os que têm fome e os sem abrigo.

A perspectiva histórica das ciências naturais remonta à Grécia clássica e a filósofos como Aristóteles. Mas a ciência, e as ciências naturais em particular, iniciaram o seu caminho de individualização nos finais do século XVII com Newton. Durante os três séculos seguintes a ênfase das ciências, ou dos domínios do conhecimento que tinham aspiração a ciência, esteve no racionalismo absoluto, na filosofia empírica / positivista e nos métodos de pesquisa experimentais. Em pleno século XX, dentro do mesmo marco filosófico, surgiram os trabalhos de Einstein que permitiram a emergência do relativismo, em que a análise de um facto nunca é absoluta e deve ser feita em relação com outros factos. Para além dos trabalhos de Einstein, descobertas nos territórios da física e da

"Teoria do Caos" vieram demonstrar que a ciência (mesmo natural ou "exacta") procura padrões ou regularidades e não predizer sem qualquer margem de erro e com controle absoluto a realidade, o que também acabou por influenciar o rumo da ciência de enfermagem (Vincenzi, 1994).

É neste contexto pós – moderno que se assiste na enfermagem à emergência de posições alternativas à visão positivista, de que Leininger (1985) e Watson (1995) são dois dos exemplos paradigmáticos.

Leininger (op.cit.) argumentava que as experiências humanas no âmbito da saúde não podiam ser reduzidas a factos mensurados objectivamente, independentemente da sua história, cultura e contextos sociais. Watson (1981) propõe a classificação das ciências ao longo de um contínuo com dois extremos, sendo que em cada um desses extremos se situam as ciências humanas e as ciências naturais / exactas. Neste modelo, as ciências humanas eram as mais congruentes com a natureza da enfermagem, na medida em que, em termos epistemológicos, o seu grande objectivo é compreender os fenómenos humanos em contexto e não o seu controle e previsão absoluta.

Hoje em dia é consensual dentro da comunidade de enfermagem perspectivar a disciplina como uma *"ciência humana"* (Meleis, 2005, p. 94). As ciências humanas partilham de alguns elementos definidores que lhe traçam o carácter humanista. Holmes (1990), McWhiney (1989) e Meleis (1992) (cfr. Meleis, op. cit.) procederam à síntese dos traços identitários deste grupo de ciências.

As ciências humanas tomam por foco os seres humanos como uma realidade indivisível. A compreensão das particularidades e das partes tem por intenção o conhecimento do todo, em termos de uma concepção holística.

As ciências humanas visam a compreensão dos significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências de vida, o que se situa no núcleo dos propósitos teóricos deste tipo de ciências.

Pela sua natureza e objectivos que perseguem, as ciências humanas, em termos de estratégias de produção e desenvolvimento do conhecimento, valorizam metodologias que radicam na interacção com os participantes.

O alcance das generalizações realizadas nas ciências humanas é limitado por factores contextuais e históricos. No âmbito destas ciências, as generalizações representam a identificação de padrões, que visam a compreensão dos fenómenos de interesse da disciplina e não o seu controlo. Na enfermagem, a compreensão dos padrões de respostas humanas inscreve-se num movimento de produção teórica que, a partir das exemplaridades, visa a identificação de regularidades. Meleis sublinha que, *"sem algum*

grau de generalização não existe ciência porque todos os cientistas procuram generalizações acerca dos fenómenos recorrentes"; e continua, afirmando que *"ao contrário dos filósofos, os cientistas devem assumir alguma ligação lógica entre os eventos e algum grau de predição"* (2005, p. 239).

A identificação de padrões em enfermagem, na opinião de Newman (2002), *"...constitui a força unificadora do conhecimento que a disciplina busca"* (p. 2). Este conceito tem atravessado de forma indelével as discussões acerca do desenvolvimento da teoria de enfermagem nos últimos anos. Como sublinha Meleis, a ciência de enfermagem e as suas teorias focalizam-se no estudo dos *"... padrões das respostas humanas..."* (op. cit., p. 223), face aos desafios ou transições que cada ser humano vivência.

O conceito de padrão que Newman nos apresenta como central, ao perspectivar a enfermagem como ciência humana, diz respeito, por exemplo, a padrões de necessidades em cuidados ou padrões de resposta humana face aos desafios que a saúde e a doença colocam aos indivíduos. Na mesma linha, esta autora sustenta que o conceito de padrão é a base teórica em que se fundamenta, ou deveria fundamentar, todo o movimento de definição e desenvolvimento dos diagnósticos de enfermagem.

Estes padrões representam conceitos abstractos, mas altamente significativos, desenvolvidos a partir da compreensão e conhecimento das experiências humanas em contexto. Sendo basilares para a enfermagem, os padrões incluem um foco central de atenção, os factores contextuais que o acompanham – o(s) ambiente(s) -, e as relações que o caracterizam. Tendem a ser altamente inclusivos – visando o todo e não o somatório das partes - e transcendem os dados e factos que lhe dão origem (Newman, op. cit.).

A dimensão humanista da ciência de enfermagem está intimamente relacionada com um aspecto central dos cuidados: a interacção da pessoa enfermeiro com a(s) pessoa(s) cliente(s). É um facto que sem interacção entre o enfermeiro e o cliente, num determinado ambiente (físico, social, político, cultural...) não existem cuidados de enfermagem.

As interacções humanas têm sido estudadas e conceptualizadas no âmbito da teoria de enfermagem como um conceito basilar, também designado por *"conexão com"* (Meleis, 2005, p. 97; Newman, 2002, p. 1), na medida em que são o instrumento essencial do diagnóstico e das intervenções de enfermagem (Orlando, 1961; Paterson & Zderad, 1976; King, 1981; Travelbee, 1971; Wiedenbach, 1963; cit. por Meleis, op. cit.). Esta visão retira a enfermagem, enquanto profissão e disciplina do saber, do nível atómico e coloca-a no campo das relações humanas. A *"conexão ou ligação com o cliente"* de que

nos falam Meleis e Newman, para ser efectiva e produtiva, tem que ir para além do mero estabelecimento de relações sociais e ser "terapêutica". O conceito de relação terapêutica implica a intersecção dos campos fenomenológicos da pessoa - enfermeiro e da pessoa - cliente.

Por tudo isto, a enfermagem tem sido considerada como uma ciência preocupada e orientada para a compreensão e conhecimento da forma como os seres humanos lidam e vivem os desafios que as alterações nos seus estados de saúde e as transições que experimentam lhes colocam. Porque estas experiências humanas são influenciadas por aspectos históricos, políticos, sociais e culturais *"... as enfermeiras estão interessadas em perceber como é que estes factores moldam as acções e reacções dos seres humanos"* (Meleis, op. cit., p. 94). Isto num quadro em que se perspectiva a enfermagem enquanto uma ciência humana, com uma orientação prática, focalizada na promoção dos projectos de saúde de cada pessoa.

Considerar a enfermagem como uma *"Ciência orientada para a saúde"* (Idem, p. 99) leva-nos para os trabalhos e reflexões empreendidas por Nigthingale (1898) que definiu o trabalho dos enfermeiros em termos da manutenção da saúde, também através da intervenção no meio envolvente.

Indubitavelmente, o conceito de saúde constitui um dos meta – conceitos da enfermagem. Em primeiro lugar, numa lógica de oposição ao conceito de doença, o que pode ser entendido como um exercício de emancipação da medicina (Parse, 1999). A centralidade da saúde para a enfermagem é sublinhada por Meleis, com base nas reflexões realizadas nas últimas três décadas por diferentes pensadores em enfermagem. A saúde é vista por Rogers (1970) como o objectivo final dos cuidados de enfermagem, um ideal (Smith, 1981) e como um conceito meta – paradigmático por Fawcett (1995) (cfr. Meleis, op. cit., p. 99).

Na mesma linha, podemos argumentar em favor da extrema relevância do conceito de saúde para a enfermagem se tivermos em consideração aquilo que foi o movimento de emergência dos "Modelos teóricos de enfermagem" (1960 – 1980) em que, independentemente das filosofias de base, todos eles eram atravessados pelo conceito de saúde. Acresce que, nos nossos dias, a OE ao definir a sua primeira opção estratégica – *Promover a defesa e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem* – apresenta o conceito de saúde como central no enquadramento conceptual daquela opção. Assim, a saúde é definida como uma *"... representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem–estar físico e do conforto, emocional e espiritual."* (OE, 2003, p. 143).

Todavia, parece-nos oportuno colocar a questão: Qual a natureza da diferença no significado do conceito de saúde em enfermagem, relativamente às outras ciências da saúde?

A partilha do mesmo objectivo – a saúde – não esvazia de sentido o conceito de multidisciplinariedade, antes coloca a tónica na singularidade do olhar lançada sobre aquele objecto por cada uma das disciplinas da área da saúde.

Enquanto uma representação mental, a saúde reveste-se de grande dinamismo desafiando os enfermeiros a desenvolver processos capazes de ajudar os clientes a mobilizar todos os seus recursos internos e do meio envolvente, por forma a reconstruir uma representação mental do seu estado de saúde, alicerçada nas capacidades de lidar de forma eficaz com os desafios que se lhe colocam e em sentimentos de auto controlo nas transições (Meleis, 2005).

O desafio proposto pode ser entendido como um ideal que suporta as relações de cuidados, o que nos permite perspectivar a enfermagem como uma *"ciência do cuidar"* (Idem, p. 96).

O conceito de cuidar sempre se revestiu de grande importância para os teóricos de enfermagem. Kérouac e colaboradores (1994) falam-nos mesmo numa escola do pensamento de enfermagem designada por *"Escola do cuidar".* Os expoentes máximos desta escola de pensamento são Leininger e Watson, apesar do conceito ser muito caro aos autores de referência das outras escolas de pensamento como King – *"Escola da interacção"* – ou Parse e Newman – *"Escola do ser humano unitário"*.

Frequentemente, o conceito de cuidar é apresentado na literatura de enfermagem como um ideal e imperativo moral e um traço humano, a dimensão estética e artística dos cuidados, a substância da relação de cuidados, uma intervenção de enfermagem ou um meta – conceito. Com efeito, à semelhança daquilo que faz Meleis (2005), Watson & Smith (2002) alertam-nos para estas diferentes leituras, todas elas revestidas de conteúdo e verdade, mas colocando a ênfase nos desenvolvimentos da *"enfermagem como ciência do cuidar"* (p. 455).

Dadas muitas das leituras que são feitas, podemos ser levados a admitir que a perspectiva cuidativa da disciplina de enfermagem dispensa conhecimento. Ora, *"por vezes falamos como se o cuidar não exigisse conhecimento, como se cuidar de alguém, por exemplo, fosse simplesmente uma questão de boas intenções ou interesse caloroso... Para cuidar de alguém, temos que saber muitas coisas..."* (Mayeroff, 1971; cit. por Watson & Smith, 2002, p. 453). Daqui evoluímos para a distinção entre o cuidar enquanto um traço de qualquer ser humano e o *"cuidar profissional"* (Roach, 1987).

Neste enquadramento, em que a enfermagem é entendida como a profissionalização da capacidade humana de cuidar (Idem), tem existido um significativo incremento no reconhecimento do cuidar como um campo de pesquisa filosófica, ética e epistemológica em enfermagem (Stevenson & Tripp-Reimer, 1990; cit. por Watson e Smith, 2002).

Pela sua natureza, o cuidar não é um exclusivo da enfermagem, sendo um conceito transdisciplinar, característico das ciências humanas, em particular daquelas que prestam um serviço mais efectivo nas sociedades, como é o caso da Educação, Medicina, entre outras. Por isto, os avanços no conhecimento do cuidar poderão ser significativos se esforços multidisciplinares forem feitos neste domínio. No entanto, como cuidar de clientes enforma a natureza profunda da enfermagem, o aprofundamento do conceito de cuidar, como um componente da perspectiva teórica de enfermagem, é uma prioridade (Meleis, op. cit.) que não pode ficar exclusivamente dependente dos percursos de pesquisa multidisciplinar.

Em síntese, podemos dizer que a enfermagem enquanto *"ciência do cuidar"* assenta na valorização do conhecimento e dos recursos das pessoas relativamente aos fenómenos que as afectam durante as transições que experimentam e, nessa medida, na partilha de campos fenomenológicos entre a pessoa que cuida e a que é cuidada, num plano de paridade.

A exploração que realizamos acerca das perspectivas teóricas de enfermagem, enquanto ciência orientada para a prática, de cariz humanista, orientada para a saúde e centrada no conceito de cuidar, permitiram-nos desenhar as balizas que enformam o domínio da disciplina e do seu conhecimento próprio. Estas quatro visões complementares foram deixando pistas acerca dos conceitos centrais da disciplina, da sua ontologia e fundamentos filosóficos.

Importa relembrar que, a definição do domínio da disciplina de enfermagem afigura-se-nos como essencial para o processo de delimitação do território teórico onde se situa o estudo que realizamos.

Todas as disciplinas do conhecimento têm um domínio ou território teórico nuclear que se caracteriza por uma grande estabilidade em torno dos seus conceitos centrais, e por um dinamismo produtivo à volta das questões e formas como eles são desenvolvidos e teorizados.

O domínio *"é a perspectiva e o território da disciplina. Inclui o objecto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina"* (Meleis, 2005, p. 11). Metaforicamente, o domínio da disciplina de enfermagem

corresponde ao seu ADN, àquilo que lhe confere identidade e singularidade.

O domínio da disciplina de enfermagem é delimitado por aspectos que ligam com a sua prática, formação, política, gestão e, numa lógica mais alargada, com aquilo que é o conhecimento de outras disciplinas que com ela se relacionam. É neste enquadramento que se percebe que outras disciplinas do conhecimento possam preocupar-se e abordar alguns conceitos que são considerados nucleares para a enfermagem. No entanto, *"... a centralidade desses fenómenos para o domínio é aquilo que determina a sua filiação..."* (Idem, p. 104).

Posto isto, e tendo presente a definição de domínio de uma disciplina proposta por Meleis, quais são os conceitos centrais que obtém consenso na comunidade de enfermagem e caracterizam, assim, o seu domínio?

São sete os conceitos centrais que caracterizam o domínio da enfermagem: *cliente, transições, interacção, ambiente, processo de enfermagem, intervenções de enfermagem e saúde*. Relativamente a cada um deles apresentamos uma abordagem conceptual e os desafios que se colocam em termos do seu desenvolvimento teórico. É óbvio que todos estes conceitos estão intimamente relacionados, bem como as prioridades de investigação que deles decorrem e das relações que estabelecem entre si.

A relevância do conceito de *cliente* radica na existência de alguém (uma pessoa, família ou comunidade) que é beneficiário de um serviço que é prestado pela enfermagem, o que se situa na linha da perspectiva da enfermagem como uma ciência orientada para a prática. O conceito de pessoa é frequentemente utilizado como sinónimo de cliente. No entanto, quer um quer outro, não são exclusivos da enfermagem.

Fruto de uma análise realizada sobre a forma como o conceito de cliente tem sido conceptualizado e colocado no âmago da disciplina de enfermagem, Meleis define cliente como *"... um ser humano com necessidades e que está em constante interacção com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas alterações mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio"* (Meleis, 2005, p. 107). O carácter distintivo que coloca este conceito no *core* do domínio da enfermagem radica na intencionalidade que define cada ser humano e o distingue de todos os outros, nas necessidades dinâmicas que apresenta e na sua capacidade para se ajustar de forma eficaz às alterações que o meio que o envolve lhe exige e que implicam modificações nos seus papéis ou comportamentos.

Os desequilíbrios que o cliente pode experimentar são manifestados pela dificuldade ou incapacidade para satisfazer as suas necessidades, na incapacidade para tomar conta de

si mesmo ou dos que lhe são significativos ou ainda, em respostas não adaptativas ou sentimentos de perda de controlo.

No que se refere às prioridades de investigação e desenvolvimento teórico de enfermagem neste âmbito, Meleis (2005) aponta a necessidade de aumentar o nosso conhecimento sobre:

- Os princípios que governam a visão e abordagem dos clientes e que sejam congruentes com os valores e crenças que caracterizam o domínio da enfermagem;
- Os padrões de resposta dos clientes às alterações do ambiente, dos seus papéis e à doença;
- Os padrões de resposta dos clientes às intervenções de enfermagem;
- As estratégias que os enfermeiros utilizam para melhorar o conforto, o bem-estar e o auto controlo dos clientes.

Vimos que o cliente é conceptualizado como um agente intencional, com grande dinamismo, que é desafiado a lidar com variações nos seus papéis e comportamentos. Estas variações nos papéis e comportamentos são vistas como *"transições",* outro dos conceitos nucleares para a enfermagem.

O conceito de *transição* tem sido muito explorado por Meleis e colaboradores nas duas últimas décadas. As transições são *"resultado e resultam em modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes"* (Meleis et al., 2000, p. 13) das pessoas. As transições traduzem uma alteração no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas e nas habilidades e conhecimentos do cliente, o que implica a incorporação de *"... novo conhecimento, a alteração de comportamentos e ainda, alteração da visão de si no contexto social"* (Meleis, 2005, p. 108).

A enfermagem lida com clientes que experimentam transições que ocorrem em simultâneo com as modificações que lhe estão na origem – por exemplo, por alteração no estado de saúde motivada por um episódio de doença – ou por antecipação. As transições por antecipação estão associadas à previsão da ocorrência de determinados eventos que implicam, por exemplo, a alteração dos papéis desempenhados. Um exemplo clássico deste tipo de transições refere-se à preparação para o exercício da parentalidade por parte dos pais que aguardam o primeiro filho.

De acordo com Meleis (Idem) existem três grandes tipos de transições. As transições desenvolvimentais, como por exemplo aquelas que estão associadas à passagem de adulto para a terceira idade; as transições situacionais que estão associadas a eventos

que implicam uma reformulação dos papéis da pessoa; e as transições que estão associadas a eventos de saúde / doença. Estes tipos de transições não são mutuamente exclusivos, o mesmo é dizer que uma pessoa pode experimentar, em simultâneo, mais do que um tipo de transição.

As transições podem ser caracterizadas por cinco propriedades (Meleis et al., 2000, p. 18): consciência, envolvimento, mudança, dinamismo temporal e pontos críticos. A consciência diz respeito à percepção e reconhecimento da experiência de transição por parte da pessoa. O envolvimento é definido como o nível de comprometimento que a pessoa demonstra na e para a transição. A mudança é uma propriedade básica das transições. Como vimos, as transições são resultado de alterações desenvolvimentais, situacionais ou no estado de saúde das pessoas que as despertam a levar por diante modificações no seu repertório de conhecimentos e capacidades. As transições são caracterizadas por fluxos e movimentos ao longo do tempo, mais ou menos demorados, associados a determinados marcos críticos. De um período inicial de consciência da alteração, as transições evoluem para uma fase de instabilidade e até de alguma confusão. Após, segue-se um novo período de estabilidade, que traduz o ponto final na transição.

Existem três grupos de factores que podem facilitar ou inibir as transições. Estes factores dizem respeito a variáveis de natureza pessoal, relativas aos recursos da comunidade disponíveis e a aspectos sócio – culturais.

Pelo facto dos clientes em transição partilharem alguns aspectos comuns, podemos falar em *"padrões de resposta às transições"* (Meleis et al., 2000, p. 24). Os padrões de resposta às transições devem ser monitorizados através de indicadores capazes de traduzir, entre outros, o nível profundo de *"... conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos"* (Idem, p. 26).

Naquilo que se refere às prioridades de desenvolvimento teórico no âmbito das transições, Meleis (2005, p. 109 – 110) advoga trabalhos orientados para:

- A compreensão da diversidade e complexidade das experiências de transição;
- A compreensão dos níveis de vulnerabilidade experimentados durante as transições;
- A relação entre a natureza das transições e os eventos que as desencadeiam;
- O desenvolvimento de guias orientadores que melhorem a percepção de bem-estar e auto controlo nas transições;
- A influência dos recursos comunitários e dos valores culturais sobre a forma como

as transições são vividas e os resultados são obtidos;

- O desenvolvimento e refinamento dos indicadores associados aos padrões de resposta às transições.

Em síntese, dada a centralidade das transições para a enfermagem, cada um dos elementos associados ao seu conceito necessita de desenvolvimento e refinamento, por forma a aumentar a gama de recursos disponíveis para ajudar os clientes, através de processos interactivos, nas suas transições.

A *interacção* é outro dos elementos centrais do domínio da disciplina de enfermagem. Vimos que o cariz humanista da ciência de enfermagem estava intimamente relacionado com o facto de, sem interacção entre o enfermeiro e o cliente, não existirem cuidados de enfermagem.

O conceito de interacção sempre foi explorado em enfermagem, por via do seu carácter terapêutico, do seu sentido ou intencionalidade, dos seus componentes e da necessidade de partilha de informação entre quem cuida e quem é cuidado. Mas também, porque o cliente estabelece interacções com o meio envolvente (Forchuk, 1995; Kulbok et al., 1999).

O *ambiente* surge aqui directamente relacionado com o conceito de interacção, assumindo-se, também, como um elemento definidor do domínio da enfermagem. É conceptualizado em sentido lato, envolvendo a família, os grupos e comunidades com quem o cliente interage e as condições físicas (naturais e artificiais) e energias, sob as quais vive e se desenvolve (Meleis, 2005).

Desde Florence Nightingale (1898) que o ambiente é um conceito nuclear para a teoria de enfermagem, evoluindo ao longo do curso dos tempos de uma visão centrada nos aspectos biológicos, até visões mais contemporâneas orientadas para a leitura que Meleis nos apresenta.

Os desafios que se colocam à comunidade científica de enfermagem, em termos de desenvolvimento teórico acerca do ambiente e das interacções que nele ocorrem, devem estar focalizados (Meleis, op. cit., p. 111 - 115):

- Nos padrões de interacção humana com o ambiente envolvente;
- Na explicação e descrição das interacções estabelecidas e as suas consequências em relação às transições e aos resultados das mesmas;
- Na exploração de modelos de interacção entre enfermeiro e cliente que se mostrem promotores da saúde;

- Na descrição das propriedades dos ambientes promotores da saúde;
- Na exploração das terapêuticas de enfermagem capazes de modificar os ambientes que se mostrem constrangedores para a saúde.

Independentemente das escolas de pensamento em que cada um dos diferentes teóricos de enfermagem se filia, todos, de uma forma ou outra, abordam os processos de avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem, sem negligenciar a dinâmica de definição e avaliação dos resultados obtidos. Ao longo dos anos, estes processos têm sido designados na literatura de enfermagem por processo de enfermagem. Por tudo isto, e pelo consenso que se gerou em seu redor, *"... o processo de enfermagem é um conceito central do domínio da enfermagem* (Idem, p. 113).

Doenges & Moorhouse (1992) definiram o *processo de enfermagem* como *"um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados..."* (p. VII). Apesar dos progressos realizados neste domínio, esta definição continua a centrar o processo de enfermagem nos processos de pensamento utilizados na tomada de decisão clínica. No entanto, a visão do processo de enfermagem enquanto uma ferramenta que na prática sustenta os processos de pensamento para a tomada de decisão, foi introduzida por Orlando (1961, cit. por Meleis, op. cit.). Na realidade, nos últimos anos, muitos investigadores de enfermagem têm-se interrogado sobre as formas de combinar o conhecimento, a experiência, a criatividade e as capacidades de pensamento na resolução dos problemas de saúde vividos pelos clientes (Alfaro, 1986, 1995; Bandman & Bandman, 1995; Benner, 1984; Carnevali & Thomas, 1993; Fonteyn, 1998; Jesus, 2004; Junnola et al., 2002; Lauri & Salantera, 1995; Silva, 2000).

Estes percursos de investigação sobre os processos de pensamento utilizados na tomada de decisão clínica têm permitido esbater as diferenças entre a visão tradicionalista do processo de enfermagem, como um conjunto de etapas sequenciais, do tipo "passo – a – passo", e as visões mais holísticas da enfermagem. *"Apesar de cada passo do processo de enfermagem poder ser isolado como um componente distinto para propósitos de discussão, o processo de enfermagem em si mesmo é um conjunto de acções dinâmicas, metódicas, sistemáticas e flexíveis, mas que não podem ser separadas na prática"* (Dossey et al., 1995, p. 156).

A ampliação e refinamento do conceito de processo de enfermagem têm sido acompanhados por um movimento muito intenso e produtivo de desenvolvimento de taxonomias e classificações de enfermagem, nomeadamente centradas em diagnósticos, intervenções e resultados (Johson, Maas & Moorhead, 1997, 2000; Gordon, 1998; ICN,

2000; 2002; 2005; McCloskey e Bulechek, 2000; NANDA, 1995; 1998, 2003). Estes progressos têm sido evidentes pelo facto destas classificações terem por objectivo fornecer os blocos semânticos para a descrição e documentação do resultado dos processos de pensamento para a tomada de decisão clínica (Marin et al., 2001).

Apesar das debilidades teóricas que estas classificações apresentam, mesmo no seu estado actual, encontra-se aqui um campo muito fértil para o desenvolvimento da teoria de enfermagem. Neste quadro, segundo Meleis (2005, p. 113 – 114), o conceito de processo de enfermagem deve ser desenvolvido através de estudos orientados por dois vectores:

- A descrição e explicação mais profunda dos processos e estratégias utilizadas na tomada de decisão clínica em enfermagem;
- O refinamento dos conceitos que integram as taxonomias, de forma a aumentar a sua (das taxonomias) organização teórica.

Um exemplo do incipiente refinamento conceptual dos termos que classificam, por exemplo, diagnósticos de enfermagem é discutido por Evers (2003). Este autor argumenta que *"muitos dos diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem são apresentados com um nível de abstracção médico ou fisiológico, do tipo sinais e sintomas..."* (p. 10), a par de outros como *"auto cuidado… e não adesão"* (p. 11) centrais para vários modelos e teorias de enfermagem. Esta realidade justifica a necessidade de desenvolvimento teórico que clarifique os estatutos dos conceitos tidos como relevantes para a enfermagem e suas práticas, no quadro da estrutura taxonómica das classificações de enfermagem. Já em 1987, Aydelotte & Peterson alertavam-nos para a importância e prioridade deste trabalho, pelos contributos que podia dar para a clarificação do domínio da enfermagem.

Um conceito central das classificações de enfermagem refere-se às *intervenções de enfermagem*, designadas por Meleis (2005) por *"terapêuticas de enfermagem"* (p. 116). Esta autora, de acordo com a análise que faz da produção teórica em enfermagem, considera as intervenções de enfermagem como elemento nuclear do domínio da enfermagem. Como vimos, este conceito entronca directamente no processo de enfermagem. No entanto, enquanto *"... o processo de enfermagem visa padrões de avaliação, diagnóstico e intervenção, as terapêuticas de enfermagem dirigem-se para o conteúdo e objectivos das intervenções de enfermagem"* (Ibidem).

A definição proposta por Meleis estabelece uma distinção subtil, mas essencial, entre terapêuticas e intervenções de enfermagem. As terapêuticas de enfermagem, enquanto

conceito central do domínio da enfermagem, estão centradas na natureza profunda e substantiva das *"acções realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado..."* (ICN, 2002, p. XIX); o mesmo é dizer: as terapêuticas de enfermagem procuram o sentido e a intencionalidade colocada nas intervenções e actividades de enfermagem.

Assim, o foco do estudo e desenvolvimento teórico acerca das terapêuticas de enfermagem é colocado na intenção depositada nos cuidados de enfermagem e nos resultados que estes procuram alcançar, por forma a ajudar os clientes a responderam aos desafios que as transições lhes colocam, tendo por horizonte a promoção da saúde.

A forma como o conceito de *saúde* é apresentado guarda uma estreita relação com os fundamentos filosóficos que sustentam as teorizações realizadas. Contudo, a saúde é um conceito transversal a todas as reflexões empreendidas no sentido de clarificar o domínio da enfermagem, razão que leva Meleis (op. cit.) a considerá-lo como integrante do *core* da disciplina.

Neste enquadramento, importa levar por diante percursos de investigação que concorram para o aumento do conhecimento sobre (Idem, p. 116 – 117):

- Os aspectos contrastantes e convergentes do(s) conceito(s) de saúde que resultam das diferentes escolas de pensamento em enfermagem;
- As propriedades que conferem dinamismo ao conceito e lhe dão singularidade, na perspectiva de enfermagem.

Ao percorrermos os principais elementos que se prendem com a natureza, domínio e linhas de desenvolvimento da teoria de enfermagem, tentamos delimitar os fundamentos que colocam este estudo no âmbito da ciência de enfermagem. Daí evoluímos na exploração dos conceitos mais específicos que giram em torno da problemática da definição de um modelo de agregação de dados de enfermagem (Goossen, Epping, Dassen, 1997; Goossen et al, 1997).

1.1.2 Da Informação

Nos nossos dias vivemos uma mudança de paradigma no que se refere à forma como definimos a(s) sociedade(s) onde vivemos. É um lugar comum dizer-se que evoluímos de sociedades que tinham como elementos estruturais o trabalho, a terra e até mesmo o capital, para sociedades em que o "novo capital" é a informação. Vivemos na(s) "sociedade(s) da informação". Apesar de todas as discussões que daqui podem partir, é um facto que, cada vez mais, o sucesso das organizações depende dos conteúdos informativos de que dispõem (Zorrinho, 1999).

Dada a natureza dos cuidados de enfermagem e do serviço que prestam às nossas sociedades, devemos admitir aquele postulado como certo e, tomando-o como ponto de partida, reflectir sobre a problemática da informação, os conceitos que lhe estão associados e a necessidade da sua gestão, tendo por horizonte a melhoria dos cuidados de enfermagem. De facto, a *"informação é um elemento central na tomada de decisão clínica e um requisito fundamental para a gestão dos cuidados de saúde"* (Marin, et al., 2001, p. 1)

A informação pode ser definida como o conteúdo da comunicação humana, na medida em que *"a comunicação é um acto de transmissão cujo produto é a informação..."* (Lussato, 1995, p. 95). A enfermagem, enquanto actividade que assenta, como vimos, na interacção humana caracteriza-se por uma riqueza informativa notável; o que justifica que se reflicta sobre a essência da informação que lhe está associada, o valor que dela pode ser extraído e nos recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento.

Em Portugal, à semelhança daquilo que se assiste noutros contextos, há cerca de 15 anos que os trabalhos de Silva (1995, 2001), Sousa e colaboradores (1999) e Sousa (2005) têm vindo a colocar em evidência a problemática da informação associada aos cuidados de enfermagem.

Em estudos anteriores (Pereira, 2001) procuramos definir informação da forma mais simples possível. Na altura optámos por aquilo que Lussato (1995) considerava já uma verdadeira tautologia. Sem dúvida que a informação *"é a coisa mais difundida e menos definida do mundo"* (p. 35). Com efeito, podemos dizer que tudo é informação e que a informação está em todo lado. Mas, o que é de facto a informação? Como nos diz Lussato (Ibidem), há é uma *"enorme abundância de pontos de vista."* Contudo, aqui procuramos definir informação utilizando duas perspectivas, que necessariamente se interligam; uma derivada das teorias matemáticas da comunicação e outra oriunda das teorias da gestão e administração. Esta opção fundamenta-se no propósito de perceber a natureza do conceito em si mesmo e na sua concepção aos olhos das teorias que, encarando-a como um recurso estratégico, procuram dela extrair o máximo valor. Este posicionamento por nós adoptado está na linha traçada por Silva (2001) que, evoluindo do ênfase colocado na produção de prova documental da assistência, passa pela promoção da continuidade dos cuidados e acrescenta uma nova dimensão centrada na optimização dos processos de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A informação tem sido utilizada nos mais variados domínios do conhecimento, o que justifica a existência de múltiplas definições, todas elas interessantes e úteis. A existência

de várias definições de informação foi tomada por Losee (1997) que, com base no paradigma das teorias matemáticas da comunicação, procurou o conjunto dos atributos comuns àquelas definições. Neste exercício, Losee percebeu o potencial que estas diferentes visões tinham para a promoção da interdisciplinariedade, uma vez que *"... a maioria das definições de informação referem-se apenas à parte da informação que é estudada no âmbito de uma disciplina particular"* (p. 1).

A definição de informação que resulta da teoria de Shannon & Weaver (1949, cit. por Losee, op. cit.) assenta no princípio de que a *"informação é uma redução da incerteza..."* (p. 2). Segundo Losse, esta síntese definidora representa os elementos ou atributos que unem as mais variadas definições de informação que estão disponíveis. Assim, podemos dizer que a informação é:

- alguma "coisa" sobre alguma "coisa";
- algo de novo (a repetição não é informação);
- uma "verdade" ou certeza.

Esta abordagem enfatiza duas questões sobre a informação – *"acerca do quê?"* e *"o que é novo?"* -, que nos podem ajudar a olhar para a informação e para o seu valor. A informação é sempre informativa acerca de alguma coisa e o resultado de um processo que transforma *inputs* em *outputs*. Estes processos de que nos fala Losee são reversíveis, o que quer dizer que *"... podemos sempre pegar num output e, conhecendo a natureza do processo, voltar para trás até ao input que gerou aquele resultado"*(1997, p. 5). Nesta perspectiva, os processos acrescentam informação aos *inputs* ou dados de origem, sendo *output* o resultado acumulado da informação sobre o *input* e sobre os processos.

Segundo Losee, os processos informativos referem-se aos mecanismos, individuais e / ou colectivos, que fazem a transformação de i*nputs* em *outputs.* Acrescenta, que *"a quantidade de informação num output de um processo está directamente relacionada com a quantidade de informação que está disponível acerca do input e do processo em si mesmo"* (Idem, p. 11).

A relação directamente proporcional que se estabelece entre a quantidade e qualidade dos dados de origem – *input* – e o resultado dos processos sobre essa matéria-prima – *output* – reveste-se de enorme significado ao pensarmos em toda e qualquer estratégia de optimização dos recursos informativos. O mesmo é dizer que, em termos informacionais, a qualidade da informação ou do conhecimento depende directamente da qualidade dos dados que lhe estão na origem. Neste sentido, e ao pensarmos em

modelos de agregação de dados de enfermagem (Goossen et al., 1997), temos consciência que, independentemente do seu nível de agregação, estes se referem sempre a material que resulta da documentação da relação de cuidados.

Acabamos por introduzir na discussão dois conceitos, dados e conhecimento, que andam associados ao conceito de informação. Em termos gerais, quando falamos em informação referimo-nos a três conceitos próximos mas distintos – dado, informação e conhecimento. De acordo com Blum (1986, cit. por NCNR, 1998) e Graves & Corcoran (1989) *dado* refere-se a entidades discretas que são objectivamente descritas sem qualquer tipo de interpretação; *informação* diz respeito a dados que foram interpretados, organizados e estruturados; e *conhecimento* refere-se a informação que foi sintetizada, interrelacionada e formalizada.

Na mesma linha, McGarry (1984) destaca o processo de progressão dos dados até conhecimento, considerando que os dados são a matéria-prima da informação e esta a matéria-prima do conhecimento. Os conceitos de matéria-prima e de progressão dos dados até ao conhecimento, numa lógica gradualmente mais estruturada, coloca-nos de novo naquilo que Losee (op. cit.) designa por processos informativos.

No contexto da enfermagem, a progressão dos dados até ao conhecimento faz-se em duas dimensões: ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação que, resultando da assistência, é documentada nos SIE. De acordo com Silva (2001), *"o percurso evolutivo da profissão tem vindo a transportar o exercício profissional duma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual..."* (p. 23). Esta realidade coloca a tónica na necessidade de permanente procura, recolha, análise e processamento de dados, tendo por finalidade a formulação de inferências diagnósticas, a prescrição de intervenções e a definição de resultados, que significam, em si mesmo, a progressão dos dados até ao conhecimento, no quadro da tomada de decisão clínica.

Este percurso evolutivo das práticas e dos processos de tomada de decisão que as sustentam faz emergir o conceito dos enfermeiros como *"trabalhadores do conhecimento"* (Drucker, 1993; cit. por Silva, 2001, p. 27). Os trabalhadores do conhecimento desenvolvem níveis assinaláveis de actividade cognitiva na análise de dados, na colocação desses dados em contexto e no estabelecimento de relações entre os mesmos dados e o conhecimento que já está disponível, por forma a oferecer os melhores cuidados aos clientes. Na perspectiva de Losee (1997), poderíamos dizer que os trabalhadores do conhecimento desenvolvem processos informativos complexos e permanentes de transformação de *inputs* em *outputs,* com significado para a tomada de

decisão clínica.

Ainda segundo Silva (op. cit.), a visão dos enfermeiros enquanto trabalhadores do conhecimento tem ocupado muitas reflexões acerca do conhecimento enquanto matéria-prima para a gestão das organizações. As organizações de sucesso são integradas por trabalhadores do conhecimento, o que requer o desenvolvimento de soluções orientadas para a gestão dos recursos informativos. Na perspectiva de Losee (op. cit.), as soluções de que nos fala Silva representariam os processos informativos colectivos que, no quadro de uma estratégia organizacional de gestão da informação, seriam utilizados na produção de *outputs* válidos para a promoção da missão da organização. Esta abordagem inscreve-se nos processos de progressão dos dados até ao conhecimento desenvolvidos no âmbito da gestão organizacional da informação de enfermagem.

As teorias da gestão e da administração têm, cada vez mais, assumido que a *"... informação e a gestão são as duas faces da mesma moeda"* (Keen, 1991; cit. por Zorrinho, 1999, p. 12), pelo que o valor da informação radica na capacidade que cada organização tem de *"... acrescentar valor aos fluxos de informação a que acede e tirar partido deles para acrescentar valor aos processos em que intervém"* (Ibidem).

No quadro desta definição, a informação é conceptualizada como um recurso ou *"activo informacional"* (Daniels, 1997, p. 105) e o seu valor decorre, não só da matéria-prima descritiva (os dados), mas também da sua capacidade de utilização e, sobretudo, da sua interpretação ou leitura individual e colectiva.

A progressão dos dados até ao conhecimento é definida por Zorrinho (1999) como a *"Aritmética do valor"* (p. 11).

Quadro I – Aritmética do valor da Informação (adaptado de Zorrinho, 1999)

Informação =	*Dados + Padrão de leitura*
Conhecimento =	*Informação + Padrão de Uso*
Gestão da Informação =	*Gestão de dados + Gestão de Padrões de leitura*
Gestão do Conhecimento =	*Gestão de dados + Gestão de Padrões de leitura + Gestão de Padrões de uso*

De acordo com Zorrinho (Idem), a informação não é mais do que dados sobre os quais foi lançado um determinado padrão de leitura ou análise; enquanto que o conhecimento exige um padrão de uso para a informação. Assim, o conhecimento, nível mais estruturado da informação, é colocado numa perspectiva pragmática, enquanto algo que existe para ser usado.

Neste cenário, a gestão da informação e do conhecimento representa o conjunto das acções desenvolvidas, implementadas e controladas, de forma a gerar, disponibilizar e

utilizar a informação capaz de melhorar o desempenho das organizações (Daniels, 1997; Zorrinho, 1999). A gestão da informação tem por finalidade aumentar o rigor e a qualidade do desempenho das organizações, na medida em que a informação é a *"...entidade (...) que reduz a incerteza sobre uma dada situação ou acontecimento"* (Lucas, 1987; cit. por Zorrinho, op. cit., p. 11). Em síntese, pode, em certa medida, dizer-se que a gestão da informação mais não é que a transformação da informação em acção.

Ter dados, padrões de leitura para os mesmos e padrões de utilização do conhecimento, não pode ser dissociado da variável tempo, uma vez que *"a informação, o seu valor e qualidade, têm uma relação intrínseca com o timing ou com a oportunidade a que a ela se acede"* (Idem, p. 13). Esta assunção está na linha daquilo que Silva (2001) postulava como a necessidade dos *"enfermeiros enquanto trabalhadores do conhecimento, requerem suporte de soluções (...) para, no mínimo, os seguintes processos: a) armazenamento de dados clínicos, b) tradução de dados em informação, c) ligação dos dados a domínios do conhecimento, e d) agregação de dados clínicos..."* (p. 27).

Estas soluções devem revestir-se de carácter sistemático e regular, de forma a desenvolver uma cultura de antecipação. É um facto que os custos da antecipação são sempre menores do que os custos da reacção (Zorrinho, op.cit.). A pró – actividade, em oposição à reactividade e a evolução de uma *"tradição SCRIPTO ao discurso INFORMO"* (Silva, 1995) tem, desde há muito, iluminado os percursos que em Portugal têm sido desenvolvidos para, através da informação relativa aos cuidados, tornar mais visíveis os contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações e para a qualidade da assistência (Silva, op. cit., 2001; Sousa et al., 1999; Sousa, 2005).

A Direcção Geral da Saúde afirma mesmo que, *"nunca como agora a necessidade de informação adequada à prestação de serviços foi tão prementemente sentida. A forma como essa informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde"* (DGS, 2002a).

Nesta exploração acerca do(s) conceito(s) de informação evoluímos na problematização de uma visão da informação como algo que é inerente às relações de cuidados, para uma visão da informação enquanto um recurso a ser gerido, por forma a acrescentar valor / qualidade aos cuidados de enfermagem. Esta posição insere-se num movimento de afirmação gradual de um paradigma informativo em enfermagem. De uma visão inicial que se centrava nas questões relativas ao processamento, documentação e armazenamento da informação que resulta dos cuidados de enfermagem, evoluímos para

uma visão orientada para os contributos que a gestão da informação pode dar para a melhoria gradual do exercício profissional dos enfermeiros e, por força de razão, da qualidade em saúde. Por último, é consensual que a qualidade dos produtos informativos ou conhecimento resulta da qualidade da matéria-prima que lhe está na origem (os dados), o que nos coloca grandes desafios ao pensar em modelos de agregação de dados de enfermagem.

1.1.3 Dos Sistemas de Informação de Enfermagem

Em pleno século XXI os sistemas de cuidados de saúde estão em permanente evolução e são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna inevitável a necessidade de ter disponíveis sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada, não na informação pela informação mas, na informação para a qualidade e optimização dos processos de gestão.

Os SIE representam uma parte dos sistemas de informação da saúde que *"... lida com aspectos de enfermagem, particularmente a manutenção de registos de enfermagem"* (CEN/TC 251/Pt 001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document, cit. por Goossen, 2000a., p. 9), constituindo, na opinião de Kuhn e colaboradores (2001) *"... a memória colectiva organizacional"* (p. 1551) de um serviço de enfermagem e uma parte significativa da memória colectiva dos serviços de saúde. Os SIE também devem ser entendidos como potentes repositórios de matéria-prima a utilizar no desenvolvimento da base empírica do conhecimento formal utilizado nos cuidados. É um facto que *"a construção do conhecimento específico e interdisciplinar e da melhor evidência para as práticas depende dos instrumentos de recolha, armazenamento, recuperação, análise e extracção de dados..."* (Delaney, et al., 2001, p. 1537), que se encontram disponíveis nas bases de dados da saúde.

Na sequência da abordagem que realizamos à problemática da informação e da sua gestão, percebemos o papel capital que os SIE jogam neste contexto. De acordo com Lorenzi (2000) e Ball e colaboradores (2001), são vários os exemplos que se encontram na literatura que ilustram as dificuldades sentidas na gestão da informação que resulta dos cuidados de enfermagem. A quantidade de dados que são documentados nos SIE tem vindo, ao longo dos tempos, a aumentar significativamente, mas o potencial máximo de utilização da informação que pode ser gerada com aqueles dados raramente é alcançado.

Na opinião de Marin e colaboradores (2001) *"o factor chave para a deficiente utilização dos dados na geração de informação está na falta de mecanismos de transformação dos dados em informação que a tornem disponível em formatos que seja facilmente*

compreendida pelas pessoas certas, no momento certo" (p. 4). Este facto é corroborado por Henry (1995) e Pelletier & Diers, (2004) e coloca um desafio deveras importante a todos aqueles que se preocupam com a gestão da informação de enfermagem.

A ausência de modelos e mecanismos de transformação regular de dados em informação e conhecimento não esgota os factores que têm limitado a optimização da gestão da informação. Os défices de interligação e interoperabilidade entre os SIE em uso nos diferentes contextos de acção das práticas (mesmo quando suportados nas TIC) tem constituído um factor limitador da partilha e agregação de dados (ANA, 1994; 1995a & b; Dudeck, 1998; Kuhn, et al., op. cit.; Ginneken, 2002; Sousa, 2005). Esta realidade torna evidente a necessidade de *"... produção de consensos acerca dos dados e das plataformas aplicacionais..."* (Kuhn et al., op. cit., p. 1551), em todos os domínios da saúde, por forma à constituição de recursos capazes de promover a máxima utilização e interligação entre todos os pontos e contextos que produzem / utilizam os dados. Neste trabalho, o envolvimento dos utilizadores deve ser largamente promovido (Kuhn et al., op. cit.; Silva 2001).

O incipiente aproveitamento dos dados documentados nos SIE, na geração de informação / conhecimento manejável, também tem sido determinada pela fraca utilização de linguagens classificadas na nomeação e documentação dos dados, em particular aqueles que se referem à dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros – diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem – (ANA, 1995a e b; Goossen, 2000a; Silva, 2001). A partilha de códigos e significados reveste-se de uma importância capital na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação, o que coloca em destaque o papel que as linguagens classificadas de enfermagem desempenham neste domínio (Simpson, 1998; Ehnfors et al., 1999; Hovenga, 2001).

A existência de múltiplos contextos e unidades de cuidados que utilizam *"SIE do tipo I"* (Silva, op. cit., p. 304), dada a sua natureza estrutural e filiação na *"tradição Scripto"*, tem constituído um enorme obstáculo à agregação de dados e à geração de conhecimento em escala mais abrangente. Os SIE do tipo I, ainda em uso em muitas das unidades de cuidados de Portugal, sob o ponto de vista estrutural, caracterizam-se pela documentação do ocorrido num determinado período de tempo (turno) ou contacto de enfermagem num estilo narrativo, apresentando os factos por ordem cronológica, de forma retrospectiva. Neste tipo de SIE, a documentação está centrada nas tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros e valoriza muito pouco as necessidades em cuidados dos clientes e os resultados. Caracteriza-se, ainda, por uma grande repetição de dados, sem critérios de organização da informação que facilitem a sua recuperação, muito por

força da não utilização de linguagens classificadas de enfermagem.

Por último, ao pensarmos em estratégias de gestão da informação que está disponível nos SIE devemos estar conscientes da influência que alguns factores exercem sobre a natureza dos dados documentados. Os trabalhos de Silva (Idem) demonstraram que as competências na utilização das TIC, a disposição para a mudança e as diferentes concepções e modelos de cuidados, exerciam uma influência importante sobre aquilo que era documentado. Estes achados, segundo Silva, estavam de acordo com os resultados de estudos anteriores desenvolvidos na área. Na realidade, em estudos mais recentes encontramos o mesmo tipo de resultados, o que ajuda a tornar mais consistentes aqueles achados (Taylor, 2003; Timmons, 2003; Darbyshire, 2004; Lee et al., 2005).

Conscientes do papel daqueles três grupos de factores, julgamos oportuno sublinhar a influência que as diferentes concepções e modelos de cuidados exercem sobre a natureza, quantidade e qualidade dos dados documentados, em função do significado que esta dimensão assume no contexto dos estudos desenvolvidos em Portugal (Pereira, 2001; Silva, 2001; Sousa et al., 1999, 2005). De acordo com Silva (op. cit.), *"... não é a introdução de linguagem uniforme que altera, só por si, as concepções de cuidados..."* (p. 135), nem mesmo a reformulação dos SIE. Todavia, os trabalhos de Silva (op. cit.) e Sousa e colaboradores (op. cit.) colocaram em relevo os contributos que os processos de reengenharia dos SIE podem dar para as alterações das práticas e do processo de reflexão sobre as mesmas *"... dirigido à interrogação: qual o máximo benefício que o doente pode retirar dos cuidados de enfermagem?"* (Silva, op. cit., p. 302). Este posicionamento revela-se deveras importante na promoção de discussões acerca da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Na última década em Portugal, assistimos a um grande movimento de reengenharia dos SIE, com base nos trabalhos pioneiros de Silva (1995, 2001) e Sousa e colaboradores (op. cit.), tendo por horizonte o desenvolvimento de *"SIE do tipo II"* (Silva, 2001, p. 304). Para efeitos da problematização que estamos a realizar, existem quatro vectores essenciais dos aspectos característicos do modelo de dados que estão na origem deste movimento (Idem, p. 272 – 278):

- A inclusão da linguagem classificada da *CIPE®*;
- A parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
- A integridade referencial dos dados;
- A incorporação dos SIE na RIS.

A inclusão da *CIPE®* no modelo de dados desenvolvido para a descrição dos cuidados,

em particular os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem, para além de representar um passo importante na formalização do conhecimento próprio utilizado nas práticas, concorre para a necessária partilha de códigos e significados essenciais na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação (Henry et al., 1998).

Na sequência do movimento de reengenharia dos SIE a que aludimos, das posições adoptadas pela OE Portuguesa e da incorporação da *CIPE®* nos Sistemas de Apoio à Prática de Enfermagem do IGIF, hoje em dia, esta é a classificação de enfermagem com maior utilização nos SIE, em Portugal. Por outro lado, o consenso que se gerou à volta *CIPE®* não deixou de ter em consideração o facto desta classificação de enfermagem, em 2005, ter sido proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para fazer parte do grupo de classificações aprovadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Mas, voltando aos estudos fundadores nesta área, Silva (2001) dizia-nos que a "escolha" da *CIPE®* se deveu à simples razão de, à data, não haver *"... tradição de utilização de classificações formais que abranjam os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem (...) diagnósticos, intervenções e resultados..."* (p. 274).

A parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados constitui uma dimensão essencial associada ao modelo de dados desenvolvido. Este vector refere-se ao processo de incorporação e adequação dos principais itens de informação utilizados em cada unidade nos conteúdos que sustentam o SIE. Este trabalho de parametrização caracteriza-se por grande dinamismo e mutabilidade que decorre das necessidades dos utilizadores. Quer isto dizer que, a qualquer momento, cada uma das unidades de cuidados pode alterar os conteúdos que utiliza e entende necessários à melhor descrição dos cuidados.

Segundo Silva (Idem), *"as regras estabelecidas internamente no modelo de dados, permitem a associação entre o diagnóstico de enfermagem, os diferentes status do diagnóstico ao longo do tempo, as intervenções de enfermagem e os dados que resultam da implementação das intervenções do tipo monitorizar/vigiar..."* (p. 278). Assim, dado este importante aspecto estrutural do modelo, ficam abertas as portas para o desenho de análises e explorações dos dados que permitam inferir resultados de enfermagem e as relações destes com a natureza das intervenções implementadas. Este aspecto constitui a segunda principal característica associada ao modelo de dados que importa considerar nesta problematização.

Os trabalhos conduzidos por Sousa e colaboradores (1999) e Silva (op. cit.) tiveram por base um importante objectivo: a incorporação do modelo de dados desenvolvido na RIS.

Com efeito, hoje em dia, a rede privada de informação da saúde em Portugal integra, quer para a realidade hospitalar – no SONHO -, quer para o contexto dos centros de saúde – no SINUS -, aquele modelo de dados de enfermagem no seu *portefólio* de aplicativos. Este aspecto relativo ao suporte do modelo de dados *"... favorece a produção de indicadores de processo e resultado a partir dos dados da documentação de enfermagem e viabiliza a construção de bases de dados sobre os cuidados de enfermagem, facilitando, no futuro, a investigação a partir da documentação de enfermagem"* (Silva, op. cit., p. 289). A incorporação deste modelo de dados na RIS, apesar das características singulares e localmente significativas do processo de parametrização dos conteúdos, permite vislumbrar a possibilidade de partilha de um conjunto de itens de informação que se possam revelar úteis para processos de agregação de dados em larga escala.

O facto do modelo de SIE desenvolvido estar embutido na RIS permite que os *outputs* gerados, a partir dos dados relativos aos clientes, possam fluir ao longo da cadeia até aos serviços de topo do Ministério da Saúde; dotando-os de recursos informacionais que se julgam importantes e possibilitando o cruzamento da informação de enfermagem com outra disponível nas bases de dados da saúde. Por outro lado, devido ao facto dos dados circularem dentro da rede privada do Ministério da Saúde, as questões relativas à sua protecção, privacidade e confidencialidade ficam reforçadas. Neste cenário, poderemos evoluir na definição e consolidação de um *Data Center* da Saúde que incorpore um conjunto de dados relevantes de enfermagem.

Para além do mais, os resultados dos estudos fundadores de Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001), demonstraram que a definição e implementação de SIE do Tipo II, em função dos seus aspectos estruturais, de definição de conteúdos e, até, de suporte, aumentou significativamente a quantidade e a qualidade dos dados de enfermagem documentados, alargando, assim, a base da matéria-prima e as suas possibilidades de gestão, tendo por finalidade a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

Na exploração teórica que fizemos, colocamos a ênfase nos SIE enquanto um repositório de matéria-prima essencial à construção do conhecimento específico da disciplina, da melhor evidência para as práticas de enfermagem e da sua gestão. Identificamos os principais factores que têm estado envolvidos na ainda incipiente gestão da informação que resulta da documentação de enfermagem e percebemos a necessidade de se consensualizarem e desenvolverem modelos de agregação de dados, capazes de optimizar aquela gestão. Por último, vislumbramos as oportunidades de promoção de uma efectiva gestão da informação de enfermagem, que decorrem dos desenvolvimentos na área dos SIE verificados nos últimos anos em Portugal e que podem ser sintetizados

na substituição da *"tradição scripto"* pelo *"discurso informo".*

1.1.4 Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem

Ao longo da problematização que temos vindo a fazer, foram ficando claras duas ideias que reportamos como centrais: a) os dados de enfermagem que resultam da documentação da relação de cuidados constituem matéria-prima que importa ser optimizada; e b) a optimização da informação de enfermagem requer o desenvolvimento e implementação de modelos de agregação e análise dos dados.

Ao pensarmos nos dados que resultam da documentação de enfermagem, enquanto matéria-prima, emergem algumas questões relativas à sua qualidade. A existência de dados em abundância não garante, desde logo, a possibilidade destes serem utilizados de forma ágil, sistemática, regular e em larga escala. Neste sentido, urge consolidar alguns requisitos que facilitam a gestão da informação. Os desenvolvimentos verificados nos últimos anos no âmbito dos RMDE surgem como um discurso de resposta às questões relativas aos processos de agregação e gestão dos dados de enfermagem.

No contexto desta abordagem fomos utilizando os conceitos de dados, informação e conhecimento de enfermagem, tendo presente a distinção feita por Graves & Corcoran (1989), mas conscientes do risco de, por vezes, utilizar aqueles conceitos como sinónimos. Ao discutir modelos de agregação e análise de dados, importa relembrar que o resultado da documentação de enfermagem nos SIE em uso representa os *dados* ou matéria-prima que os padrões de leitura a desenvolver irão, progressivamente, transformar em informação e em conhecimento (Simpson, 1995; Saba & McCormick, 1996; Marin et al., 2001).

À semelhança daquilo que tem vindo a ocorrer nos mais variados contextos, os resultados dos estudos desenvolvidos em Portugal revelam grande insatisfação, por parte dos enfermeiros, com os SIE do Tipo I em uso (Silva, 1995, 2001; Sousa et al., 1999). Esta insatisfação guarda uma importante relação com o reconhecimento, por parte dos utilizadores, do limitado impacte que a informação documentada tem sobre as estratégias de gestão, formação e investigação. Esta realidade, segundo Silva (2001), é enfatizada nos discursos dos enfermeiros com responsabilidades acrescidas de gestão da qualidade dos cuidados e dos recursos. Como já fizemos notar, a implementação de SIE do tipo II tem uma influência positiva sobre o potencial de utilização dos dados de enfermagem, numa lógica de gestão da informação para a promoção da qualidade dos cuidados.

De acordo com muitos investigadores em enfermagem (Werley et al., 1991; Sermeus et al., 1994; Jones, 1997; Goossen, 2000 b; Marin et al., op. cit.; Volrathongchai et al., 2003), a solução para adicionar às bases de dados da saúde informação com qualidade,

relativa aos cuidados de enfermagem, passa pela definição e implementação de Resumos Mínimos de Dados. À escala da Europa, o Projecto TELENURSE corporiza aquela solução e os primeiros esforços tendentes à estruturação e padronização de dados relativos às práticas de enfermagem (Mortensen, 1996).

Ao (re) visitarmos as origens dos Resumos Mínimos de Dados apercebemo-nos que este conceito não é um exclusivo da enfermagem, mas uma realidade que tende a atravessar todo o campo da saúde. Ao consultarmos a literatura sobre esta problemática, apesar de focalizados nos RMDE, encontramos vários exemplos de utilização deste conceito associado aos sistemas de informação da saúde (Morris et al., 1990; Hartmaier et al., 1994; Gruber-Baldini & Zimmerman, 2000; Richardson, et al., 2001; Stancliffe, 2002).

Segundo Werley e colaboradores (op. cit.), a emergência da ideia de um RMDE deriva do conceito de um *"Uniform Minimum Health Data Set"* (UMHDS) / Conjunto Mínimo e Uniforme de Dados da Saúde , desenvolvido e proposto pelo Health Information Policy Council dos EUA (1983). Este organismo definiu o UMHDS como *"... um conjunto mínimo de itens de informação com definições e categorias uniformes, relativos a aspectos ou dimensões específicas da saúde, que visam responder às necessidades específicas dos múltiplos utilizadores de dados no sistema de saúde"* (Health Information Policy Council, 1983, cit. por Ross, 1998, p. 22)

A definição de RMDE apresentada por Werley e colaboradores (1991) é semelhante à definição do Health Information Policy Council, especificando, apenas, que os diferentes itens e categorias de informação, com definições e categorias uniformes, são *"... relativos a aspectos e dimensões específicas de enfermagem... "* (p. 422). Devemos fazer notar que nestas definições é colocada a ênfase nos múltiplos e distintos utilizadores dos dados. Quer isto dizer que, ao pensar na definição de um conjunto mínimo de dados de enfermagem, devemos ter presentes os potenciais utilizadores da informação, o que retira a discussão dos territórios da produção de dados de enfermagem para consumo exclusivo dos enfermeiros.

Um RMDE representa um conjunto específico de dados que integram e fazem parte da documentação de enfermagem. Esta visão dos RMDE como uma parte da documentação de enfermagem, é aquela que tem prevalecido. Todavia, existem alguns movimentos que admitem que o RMDE possa, nalgumas circunstâncias, representar a totalidade da informação documentada relativamente aos cuidados. Esta perspectiva é advogada para os contextos que, não tendo desenvolvidos SIE que viabilizem a recolha do conjunto mínimo de dados, dada a natureza estrutural e de conteúdos do sistema de informação em uso, são convidados a documentar apenas aquele conjunto de dados. Esta visão

minimalista procura, sobretudo, garantir a recolha dos dados e não o desenvolvimento de SIE, tendo em vista os requisitos actuais dos SIE.

Pelo exposto no parágrafo anterior, compreende-se que, em muitas realidades, as discussões à volta da definição de SIE sejam acompanhadas, em paralelo, pelos trabalhos de definição de um RMDE (Volrathongchai, et al., 2003). Não queremos daqui inferir que esta metodologia seja menos adequada. No entanto, faz-nos mais sentido um processo que se inicie pelo desenvolvimento de um modelo de dados de enfermagem que, tendo por objectivo responder a todas as questões relativas à documentação de enfermagem, também viabilize a recolha de um RMDE (Sousa et al., 1999; Silva, 2001). Esta última opção corresponde, como vimos na exploração que fizemos acerca dos SIE em Portugal, à nossa realidade. É neste quadro que podemos definir um RMDE como, uma parte dos conteúdos dos SI, recolhida, analisada e interpretada com sistemática e regularidade e que visa responder às necessidades específicas de informação de enfermagem de múltiplos utilizadores. Nesta perspectiva, o RMDE não é a documentação de enfermagem; antes um mínimo de dados que, sistematicamente, deve estar documentada, no contexto de toda a informação registada nos SIE para efeitos da melhor descrição dos cuidados de enfermagem. O resumo mínimo de dados, na medida em que representa um subconjunto da totalidade da documentação de enfermagem, não exige tarefas adicionais de documentação por parte dos enfermeiros; o que radica no princípio de documentar os dados apenas uma vez e utilizá-los tantas vezes quantas as necessárias.

Na discussão acerca de um RMDE, a sistemática e regularidade na recolha e análise de dados são características que reportamos como primordiais. Os processos de recolha e análise dos dados requerem a definição de um plano metódico, ordenado no tempo, que seja capaz de criar uma rotina, não só de recolha, mas de consumo da informação. Werley e colaboradores (1991) dizem-nos que os *"... enfermeiros têm que ser capazes, não apenas de documentar dos dados, mas também de os utilizar..."* (p. 425)

A implementação de RMDE exige determinados requisitos, sem os quais é muito difícil, senão impossível, pensar em qualquer modelo de gestão da informação relativa às práticas de enfermagem. Tais requisitos são concebidos pelos investigadores desta área como necessariamente garantidos *"a priori",* de forma a viabilizar qualquer esforço de agregação de dados. Em 1995, a ANA sintetizou aqueles requisitos em três categorias:

- *Uso de uma linguagem comum classificada de enfermagem;*
- *Sistemas de informação de enfermagem consistentes;*
- *Sistemas de informação de enfermagem integrados nos sistemas de informação*

da saúde.

(ANA, 1995a)

A utilização de linguagem classificada para nomear, quer os diagnósticos de enfermagem, quer as intervenções, quer os resultados, configura-se como um imperativo para qualquer dispositivo de agregação e comparação de dados, na medida em que só podemos comparar e agregar dados se estes comungarem de *"... definições e categorias uniformes..."* (Werley et al., op. cit., p. 422).

A literatura, ao falar em sistemas de informação consistentes, refere-se a sistemas de informação em que as lógicas de organização, associação, armazenamento e recuperação da informação são bem claras, explícitas e estruturadas segundo modelos baseados nas teorias da informação e na natureza dos cuidados de enfermagem (ANA, 1995b; Goossen, 2000b; Vassar, Lin e Planchock, 1999). A integração dos SIE nas redes e sistemas de informação da saúde é outro dos requisitos essenciais para o desenvolvimento de RMDE, aspecto que já discutimos anteriormente.

Quando fazemos a ligação dos requisitos que a ANA reporta como essenciais para a viabilização de RMDE, ao modelo de SIE que foi desenvolvido por Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001), reforçamos a convicção de que estão reunidas as condições que nos permitem abraçar um projecto de desenvolvimento de um RMDE em Portugal.

Pelo facto dos RMDE poderem funcionar como uma estratégia muito interessante de recolha uniforme e comparável de dados de diferentes contextos, realidades e grupos de clientes, temos assistido a um crescente interesse por esta problemática no seio da comunidade científica de enfermagem. Os RMDE procuram vários objectivos ou finalidades (Werley et al., 1991; Goossen, op. cit.):

- Estabelecer comparações de dados de enfermagem entre diferentes populações, locais e momentos;
- Descrever padrões de cuidados de enfermagem;
- Demonstrar e projectar tendências nas necessidades, intervenções e resultados de enfermagem;
- Auxiliar os processos de gestão dos cuidados e de alocação de recursos na saúde;
- Estimular a investigação em enfermagem, através da constituição de bases de dados sobre os cuidados de enfermagem;

- Promover a articulação da informação relativa aos cuidados de enfermagem com a demais informação da saúde.

Goossen (2000b, p. 116 - 124) produziu uma comparação entre os principais RMDE em uso internacionalmente, tendo por critérios, entre outros: o seu âmbito de aplicação, as classificações e vocabulários utilizados, os processos de recolha dos dados e o seu nível de agregação da informação.

No que se refere ao seu âmbito de aplicação, todos os RMDE visam uma cobertura nacional, apesar de nem todos se dirigirem à totalidade da população que recebe cuidados de enfermagem nos respectivos países. Por exemplo, o RMDE Australiano dirige-se apenas à realidade dos cuidados de saúde primários ou na comunidade.

Como não podia deixar de ser, todos os modelos utilizam linguagens ou vocabulários controlados para documentar os dados. Verifica-se que nos países Anglo-saxónicos as classificações de enfermagem de origem Norte Americana imperam. Neste quadro, compreende-se o interesse do ICN (2000, 2002) em desenvolver uma *CIPE®* que funcionasse como terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem. Hoje, a versão 1 da *CIPE® "é um recurso que pode acomodar vocabulários já existentes (...), que pode ser usado para desenvolver novos vocabulários (...), e que pode identificar relações entre conceitos e vocabulários (como uma terminologia de referência)"* (Idem, 2005, p. 19).

As estratégias de recolha de dados apresentam diferenças assinaláveis entre os diferentes modelos de RMDE em uso. Existem contextos onde a recolha dos dados é apenas electrónica e outras baseada em suportes de papel e outras, ainda, com sistemas mistos. Nem todos os modelos utilizam a totalidade dos casos que beneficiam de cuidados de enfermagem para efeitos de análise. Assim, e na linha dos requisitos apresentados pela ANA (1995a), a ampla implementação de SIE consistentes e suportados nas TIC é consensualmente aceite como a metodologia mais favorável à consolidação de RMDE e à recolha de grandes quantidades de dados.

Quanto aos níveis de agregação de dados, todas as iniciativas tendem para uma lógica de agregação que vá, progressivamente, do nível do serviço até ao nível nacional (Zielstorff et al., 1993; cit. por Goossen, 2000b).

No que se refere aos propósitos ou finalidades do modelo, verifica-se que, nos diferentes contextos, os RMDE perseguem apenas alguns dos propósitos teóricos sobre os quais a grande maioria dos autores fala. Esta constatação deriva, não da incompatibilidade entre os diferentes propósitos teóricos, mas das dificuldades compreensíveis em incluir, num mesmo modelo de agregação de dados, a gama extensa de itens de informação

necessários para cumprir todos os propósitos. Na prática, é muito difícil, senão impossível, gerar informação sobre tudo. Deste quadro, emerge uma questão relevante, ao pensarmos na definição de um RMDE: "Que propósitos para um RMDE em Portugal?"

Em termos gerais, os RMDE incluem três categorias de elementos (Werley et al., 1991; Marin et al., 2001): elementos de enfermagem; elementos socio-demográficos e elementos do serviço. Ao compararmos os RMDE em uso nos diferentes contextos, constatamos que apresentam algumas particularidades e diferenças, no que se refere aos seus elementos (Goossen, op. cit.; Volrathongchai et al., 2003).

O quadro II apresenta uma síntese dos principais elementos dos RMDE, em função do modelo desenvolvido por Werley e colaboradores (1991).

Quadro II – Elementos dos RMDE (adaptado de Werley et al., 1991, p. 423)

Elementos de Enfermagem
Diagnósticos de enfermagem
Intervenções de enfermagem
Resultados de enfermagem
Intensidade da carga de trabalho de enfermagem
Elementos Socio-demográficos
N.º de identificação
Data de nascimento
Sexo
Residência
Elementos do Serviço
Data de início do episódio internamento / contactos
Data de termo do episódio / contactos
Identificação do serviço

Na adaptação que fizemos dos elementos dos RMDE propostos por Werley e seus colaboradores (Idem), relativamente aos elementos socio-demográficos e do serviço, tivemos como critério de apresentação aqueles que no nosso contexto já estão disponíveis nas bases de dados da saúde, tendo deixado de fora aspectos como a raça ou a entidade pagadora do serviço. Naquilo que se refere aos elementos de enfermagem, entendidos por todos os autores como o núcleo dos elementos de um RMDE, importa-nos discutir a "Intensidade da carga de trabalho de enfermagem".

À semelhança daquilo que acontece nos mais variados contextos, ainda não são significativos os consensos gerados à volta dos melhores métodos de avaliação da intensidade da carga de trabalho de enfermagem, quer nos hospitais quer nos centros de saúde. Com efeito, nenhuma das unidades envolvidas neste projecto tem em uso

metodologias de monitorização da intensidade da carga de trabalho. Contudo, sabemos que em várias unidades de cuidados intensivos hospitalares existe alguma tradição de utilização deste tipo de estratégias, assim como nalgumas unidades hospitalares que usam o "Sistema de Classificação dos Doentes por Graus de Dependência". No quadro dos centros de saúde, o estudo de Machado (2001) revelou as debilidades dos métodos que têm sido utilizados e a complexidade destes processos.

A literatura disponível aponta para dois importantes factores que têm determinado o uso periclitante de métodos de avaliação da intensidade da carga de trabalho de enfermagem: a) por um lado, o facto da recolha dos dados para o cálculo da intensidade da carga de trabalho, normalmente, implicar tarefas adicionais de documentação para os enfermeiros (Lynn, 2002; Jones et al., 2004); b) por outro, a visão redutora e pouco consentânea com uma perspectiva cuidativa que, na leitura dos enfermeiros, os modelos de cálculo da intensidade da carga de trabalho têm dos cuidados de enfermagem (Fagerstrom & Engberg, 1998).

Pelo exposto no parágrafo anterior e naquilo que diz respeito à integração da intensidade da carga de trabalho de enfermagem como um dos elementos dos RMDE, verifica-se que são poucas as realidades onde este item de informação é utilizado nos processos de agregação de dados (Goossen, 2000b; Ozbolt, 1998; Volrathongchai et al., 2003).

Contudo, reconhecendo o potencial associado à existência de um RMDE, diferentes organizações têm envidado esforços no sentido do desenvolvimento e consolidação de RMDE. A Associação Norte Americana de Enfermeiros, em resposta aos desafios colocados pelo Health Information Policy Council e pelos investigadores na área da informática de enfermagem, desde 1994 que tem suportado activamente o desenvolvimento de um RMDE para os EUA. A OE Portuguesa, logo no seu primeiro mandato, reconheceu a *"necessidade de um resumo mínimo de dados..."* (OE, 2003, p. 157) alicerçado numa linguagem comum de enfermagem, no quadro da sua primeira opção estratégica: *"promover a defesa e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem"* (Idem, p. 27).

Os benefícios que decorrem da existência de RMDE têm sido explorados pela grande maioria dos autores que se têm dedicado ao estudo desta área. De acordo com a revisão da literatura, têm-se projectado duas grandes linhas de força e desenvolvimento em enfermagem associadas aos RMDE: a) a promoção e melhoria da qualidade, tendo por base informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem (Anderson & Hannah, 1993; Coenen & Schonemen, 1995; Delaney & Moorhead, 1995; Blewitt & Jones, 1996; Maas, et al., 1996; Bostick & Rantz, 2003); b) a identificação e

descrição de padrões de necessidades e intervenções de enfermagem (Delaney, et al. 2000; Coenen et al., 1999; Bernaerts et al., 2000; Evers et al., 2000; Goossen et al., 2001; Park et al., 2004), a partir da análise de grandes amostras de dados obtidas com os RMDE. Estes desenvolvimentos vêm de encontro àquilo que em 1991 Werley e colaboradores (p. 423 – 424) apontavam como as grandes implicações para a enfermagem decorrentes da implementação de RMDE: a melhoria das práticas clínicas e da sua gestão; a identificação das áreas centrais de desenvolvimento da disciplina de enfermagem, de forma a centrar a formação (pré e pós - graduada); a promoção da informática de enfermagem e; a constituição de importantes e extensas bases de dados que funcionem como repositórios de matéria-prima para a investigação sobre os cuidados de enfermagem.

De um enfoque colocado na implementação e consolidação de RMDE, temos vindo a evoluir para uma abordagem orientada para a optimização da informação que decorre da existência de RMDE. É nesta linha que, hoje em dia, assistimos à emergência de abordagens, aos grandes repositórios de dados de enfermagem, guiadas por metodologias de *"Data Mining"* ou de *"Descoberta de conhecimento nas Bases de Dados"* (Eriksen et al., 1997; Delaney et al., 2001). Este tipo de metodologias visam a transformação dos dados armazenados nas bases de dados da saúde em conhecimento que possa ser utilizado na tomada de decisão clínica, nos processos de gestão e administração dos serviços de saúde e ainda, no desenvolvimento e consolidação do conhecimento de enfermagem.

Actualmente, são vários os países que utilizam ou estão em fase de constituição de RMDE. Destes, destacam-se a Austrália, a Bélgica, o Canadá, a Dinamarca, a Espanha, os EUA, a Finlândia, a Holanda e a Tailândia, entre outros. Apesar dos níveis de maturação dos programas nacionais mais antigos (Bélgica, Canadá, EUA), a tendência actual aponta para o desenvolvimento local e de raiz de modelos de agregação de dados de enfermagem. Para isso talvez tenham concorrido algumas tentativas menos bem sucedidas de validação transcultural de modelos importados. A este respeito, a experiência Finlandesa (Turtiainen et al., 2001) revelou-nos que, apesar da grande utilidade do modelo Belga, existiam aspectos dos cuidados reportados como centrais na realidade nórdica que continuariam a ficar invisíveis na informação agregada.

Na sequência destes desenvolvimentos, a Associação Internacional para a Informática da Saúde – IMIA -, em articulação com a OMS e o ICN, tem fomentado a investigação em torno do conceito de um RMDE – Internacional (Delaney, et al., op. cit.). Para além da identificação dos denominadores comuns entre as diferentes iniciativas nacionais, os objectivos deste projecto visam (Clark & Delaney, 2000):

- O estabelecimento de estratégias de implementação de RMDE que possam ser úteis às diferentes iniciativas;
- Suportar os processos nacionais e locais de definição de RMDE;
- Coordenar um processo de recolha de dados de enfermagem à escala internacional, que possa ser fundador de modelos capazes de promover a partilha de conhecimentos à escala planetária e a disponibilização de informação para as organizações internacionais.

Dentro deste espírito, Jensdóttir e colaboradores (2003) publicaram na revista do ICN o primeiro estudo que, com base num consenso acerca de um conjunto mínimo de dados de enfermagem, faz a comparação de alguns resultados e indicadores de enfermagem entre a realidade dos EUA, da Islândia e do Canadá. Os indicadores em análise centram-se naquilo que se pode considerar como complicações; como é o caso das Úlceras de pressão, as Quedas ou a perda de peso. O sentido destas comparações passa por *"aprender uns com os outros quais são as melhores práticas que podem melhorar a qualidade dos cuidados..."* (p. 79). Já em 2001 Silva, que introduziu em Portugal a discussão acerca dos RMDE, advogava que o sentido da produção deste tipo de sínteses informativas não é circunscrever a análise da informação pela informação, mas aproveitar a oportunidade para reflectir as práticas a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem. Salientava ainda que, não são lógicas de comparação pela comparação (falando mesmo em "competição entre unidades") que importa primordialmente; mas fundamentalmente, a comparação dos resultados intra – serviço ou unidade em momentos diferentes, desafiando à reengenharia de processos que visem promover a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base métricas capazes de nos informarem sobre os cuidados de enfermagem.

As estratégias de gestão dos dados que resultam da implementação de RMDE têm um assento tónico na produção de sínteses informativas, sob a forma de indicadores, capazes de promover a qualidade dos cuidados. Com efeito, vimos que uma das grandes linhas de força associadas ao desenvolvimento de RMDE orientava-se para a promoção e melhoria da qualidade, tendo por base informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem.

A relação estreita que se estabelece entre um RMDE e um painel de sínteses informativas relativas aos cuidados de enfermagem é uma relação do tipo "matéria-prima / produto" (Losee, 1997; Zorrinho, 1999), respectivamente. Tendo em atenção a relevância desta questão, Bostick e os seus colaboradores (2003) levaram a cabo, sob encomenda da ANA, um estudo muito alargado acerca do "estado da arte" na

monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste estudo conclui-se que, apesar dos avanços assinaláveis verificados nos últimos anos, atestado pela quantidade e qualidade das pesquisas entretanto produzidas, permanece uma limitação de base: a ausência de uma estratégia de recolha e análise dos dados necessários à produção de sínteses informativas ou indicadores de enfermagem. Neste cenário, a primeira das recomendações que os autores do estudo dão à ANA passa por: *"incorporar os elementos do RMDE nos sistemas de informação de enfermagem e nas bases de dados federais (...). A recolha destes elementos deve ser vista como essencial e deve ser regulada pela legislação acerca da qualidade em saúde"* (p. 101).

Os resultados do estudo realizado para a ANA por Bostick e colaboradores (2003) podem ser entendidos como o paradigma daquela que é a visão actual da política de promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Para a OE Portuguesa, tendo presentes os seus enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez *"definidos os indicadores, importa identificar os dados que deverão estar, sistematicamente, presentes na documentação de enfermagem para efeitos da produção, com fiabilidade, desses indicadores, estabelecendo assim um resumo mínimo de dados nacional"* (OE, 2003, p. 157).

Da exploração teórica que fizemos sobre os RMDE, emergiram algumas sínteses que ficam como marca deste enquadramento. Evoluímos na concepção dos RMDE como uma parte da documentação de enfermagem que, cumprindo determinados requisitos de comparabilidade, pode ser entendida como matéria-prima para a viabilização de informação, capaz de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações. Destacamos os benefícios que decorrem da implementação e consolidação de RMDE, enfatizando a questão da promoção e gestão da qualidade dos cuidados. Nesta abordagem, reforçamos a convicção de que os RMDE devem ser perspectivados como repositórios de uma gama extensa de informação acerca de aspectos centrais dos cuidados, o que pode concorrer para o incremento da investigação sobre o domínio específico da disciplina de enfermagem.

1.1.5 Dos indicadores de saúde e dos indicadores de enfermagem

A disponibilidade de informação apoiada em conjuntos de dados válidos e fiáveis é condição essencial para a produção de análises mais objectivas, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidência e para a definição de acções estratégicas em saúde. A procura e refinamento de medidas capazes de traduzir o estado de saúde das populações é uma dimensão que tem ocupado as ciências da saúde, desde sempre. De facto, é uma tradição secular o registo sistemático dos dados da mortalidade.

Todavia, com os avanços exponenciais que se têm obtido nas últimas décadas em termos de controlo das doenças, da melhor compreensão do conceito de saúde e dos seus determinantes, as análises das condições de saúde têm vindo a incorporar medidas cada vez mais complexas, específicas e diversificadas. Na enfermagem, Florence Nigthingale é tida como a percursora do desenvolvimento e utilização de indicadores relativos ao trabalho dos enfermeiros e às condições que influenciam os resultados em saúde.

Nos nossos dias, a rápida explosão do conhecimento de enfermagem, a grande quantidade de dados que são documentados pelos enfermeiros e os progressos na área dos sistemas de informação e das TIC, à semelhança daquilo que acontece em todos os domínios da saúde, colocam como desafio o melhor aproveitamento e gestão da informação. Há indiscutivelmente a necessidade de, a partir dos dados disponíveis, produzir indicadores capazes de permitir a transformação da informação em acção centrada na melhoria global do desempenho dos serviços de saúde. Na opinião de Bittar (2001), as *"... informações são imprescindíveis (...), principalmente quando transformadas em indicadores que se prestam a medir a produção de programas e serviços de saúde bem como a estabelecer metas a serem alcançadas para o bem-estar da população"* (p. 21).

A necessidade que fazemos notar no parágrafo anterior é, no nosso contexto de acção, corroborada pela manifesta carência de informação válida e em larga escala, relativa ao exercício profissional dos enfermeiros. Isto é particularmente premente quando consideramos as questões que se referem aos resultados de enfermagem, o que exige recursos informacionais para as acções locais e nacionais de definição de programas de melhoria contínua da qualidade, por via do conhecimento das necessidades específicas em cuidados de enfermagem; mas, fundamentalmente, dos ganhos em saúde que lhe são sensíveis. A título de exemplo, estas constatações são consubstanciadas pela total ausência de indicadores relativos à especificidade de enfermagem no documento do Ministério da Saúde – *Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de situação: Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde* (DGS, 2002b). É um facto que a natureza multiprofissional e multidisciplinar da qualidade em saúde é influenciada pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. No entanto, podemos perguntar: será que não é possível complementar o conjunto dos indicadores de saúde em uso com informação capaz de traduzir o contributo singular dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações?

Aquilo que aqui discutimos é se o desenvolvimento de recursos informacionais, tidos pelos enfermeiros como essenciais para a promoção e melhoria da qualidade do seu

exercício, é desnecessário. Os indicadores hoje em dia utilizados na saúde são, com toda a certeza, essenciais. Todavia, aqui procuram-se métricas *"mais finas",* dirigidas a *"... novos ganhos de saúde..."* (Campos & Ramos, 2005, p. 235), que numa lógica de complementaridade com aquelas, constituam ferramentas capazes de nos desafiar à excelência. Nesta perspectiva, postulamos que a existência de sínteses informativas mais finas, orientadas para a singularidade dos cuidados de enfermagem, promoverá a qualidade em saúde, por via do desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros. Voltaremos a estas questões adiante...

Um indicador, dizem os dicionários, é o que indica, o que reflecte uma determinada característica. Em saúde, um indicador tem a conotação de revelar uma situação de saúde. Os indicadores são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde. São sempre representações da realidade e, como tal, tem limitações e constrangimentos, os quais devem ser tidos em consideração nas análises que se projectam a partir desses indicadores (Joint Comission, 1989).

Na opinião de Mezomo (2001), os indicadores de saúde são ferramentas estatísticas *"... usadas para medir a performance (...) objectivando descobrir certas informações básicas para a tomada de decisões visando a melhoria da qualidade"* (p. 135). Contudo, devemos salientar que a problemática da qualidade não tem o seu início e fim na produção e análise de indicadores; estes apenas representam uma ferramenta básica, sem a qual qualquer programa ou estratégia de melhoria da qualidade em saúde é inoperante. Nesta perspectiva, a disponibilidade de informação para a produção de indicadores é nuclear, na medida em que *"... a informação é a fonte da vida da promoção da qualidade. Sem ela nada pode ser feito"* (Donabedian, 2003, p. 78). A definição mais consistente de indicadores de saúde que se enquadra nesta nossa abordagem é proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Em 2001, esta organização regional da OMS definiu indicadores de saúde como *"... medidas síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde"* (p. 1).

Ao definirmos os indicadores de saúde como sínteses informativas (Losee, 1997; Zorrinho, 1999; OPAS, op. cit.), voltamos aos fundamentos das teorias da informação que postulam que; em termos informacionais, a quantidade e qualidade das sínteses informativas ou do conhecimento gerado depende directamente da quantidade e qualidade dos dados que lhe estão na origem. O mesmo é dizer: sem dados, e sem dados com qualidade, não estão criadas as condições para a produção e utilização de indicadores de saúde de qualidade.

A qualidade de um indicador de saúde depende de um conjunto de atributos ou propriedades dos componentes e processos utilizados na sua formulação, bem como da natureza dos sistemas de informação que estão na origem dos dados que utilizam (Lorraine, 1992; Gomes Pereira, 1995; Bittar, 2001). Em termos genéricos, a qualidade de um indicador está associada aos atributos: validade, fiabilidade, representatividade, simplicidade, custo e preceitos éticos (DGS, 2003).

A excelência de um indicador de saúde pode ser definida em função da sua validade, ou capacidade de medir aquilo a que se propõe. Um indicador com alto grau de validade deve ser capaz de discriminar correctamente um fenómeno de todos os outros, assim como detectar as mudanças que se verificam ao longo do tempo no mesmo fenómeno.

A fiabilidade dos indicadores de saúde está relacionada com duas importantes características de qualquer instrumento de medida: sensibilidade e especificidade. A sensibilidade refere-se à capacidade de medir as alterações no fenómeno em estudo e ao seu potencial para identificar todos os casos relativos ao fenómeno; a especificidade diz respeito à capacidade de medir apenas determinado fenómeno ou os casos em que ele se verifica. Validade e fiabilidade estão frequentemente relacionadas e são, muitas vezes, apresentadas na literatura como sinónimos.

A representatividade de um indicador, ou cobertura, guarda uma relação directa com a população de origem dos dados ou matéria-prima utilizada no seu cálculo. Assim, podemos dizer que, em princípio, um indicador obtido a partir de dados relativos a toda a população tem grande representatividade ou cobertura. Este ângulo de análise dos atributos de um indicador remete-nos para as questões associadas aos sistemas de informação e bases de dados da saúde.

A simplicidade associada a um indicador de saúde tem por base a facilidade com que a medida é calculada e analisada, sem levantar dúvidas nos utilizadores. No fundo, este atributo dos indicadores assenta na objectividade dos fundamentos e modelos utilizados no seu cálculo.

Os custos e os recursos associados à obtenção dos indicadores de saúde são uma dimensão que não é desprezível nesta discussão. Na realidade, se determinado indicador exigir muito recursos humanos, financeiros e técnicos para a sua obtenção, provavelmente, terá uma fraca utilização, independentemente dos seus méritos teóricos. Esta questão coloca o assento tónico na necessidade de desenvolvimento de estratégias de cálculo de indicadores, que não exijam tarefas adicionais de recolha de dados aos profissionais de saúde e, que viabilizem a produção automática de sínteses informativas a partir da documentação regular.

Os preceitos éticos que iluminam o desenvolvimento de indicadores de saúde guiam-se por princípios fundamentais do agir ético: não maleficência, beneficência e justiça. Não é admissível que, só para determinado indicador ser produzido, as pessoas sejam submetidas a actividades que lhe causem dano ou sofrimento evitável. Por outro lado, urge considerar a questão ética que se coloca a respeito da protecção dos dados pessoais. Para além das disposições legais que regulam a protecção de dados pessoais; neste campo, o sigilo é salvaguardado pelo facto de, em termos epidemiológicos, os indicadores de saúde terem como principal preocupação o conhecimento da distribuição determinado evento ou aspecto de saúde em grupos ou na população, e não em indivíduos nominalmente identificados (Gomes Pereira, 1995). Este aspecto não deixa de ser relevante para a enfermagem, na medida em que, nalgumas abordagens orientadas para os resultados, se fale em *"indicadores microscópicos vs indicadores macroscópicos"* (Leprohon, 2001, p. 137). Os indicadores microscópicos referem-se aos indicadores relativos a um cliente concreto, numa situação clínica específica, o que não corresponde ao sentido atribuído normalmente na literatura ao conceito de indicador. Na terminologia de Leprohon (Idem), os indicadores de nível macroscópico correspondem àquilo que é o sentido consensual dos indicadores em termos da epidemiologia clássica.

Em síntese, a qualidade e comparabilidade dos indicadores de saúde e, por força de razão, de enfermagem deve ser assegurada pela aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de recolha dos dados e cálculo daquelas sínteses informativas.

Tradicionalmente, na literatura sobre o tema são apresentados referências a indicadores de saúde negativos e indicadores de saúde positivos (Gomes Pereira, op. cit.). Os indicadores de saúde negativos referem-se a aspectos da saúde conotados como indesejáveis, como as taxas de mortalidade e morbilidade; os indicadores de saúde positivos visam a quantificação de dimensões da saúde como o bem-estar, qualidade de vida, anos de vida que deixam de ser perdidos, entre outros. Este último tipo de indicadores de saúde tem surgido associado ao *"conceito de ganho em saúde"* (DGS, 2002).

Segundo a DGS (Idem), a expressão ganhos em saúde *"... é internacionalmente adoptada como enunciado positivo de um desejo, sempre presente, de melhorar o nível de todos os indicadores de saúde..."* (p. 14). Esta expressão tem sido utilizada para traduzir diferentes aspectos: ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos, redução do número de episódios de doenças ou encurtamento da sua duração, diminuição das sequelas e incapacidades funcionais, entre muitos outros. O sentido dos indicadores associados aos ganhos em saúde passa por acrescentar anos à vida e,

fundamentalmente, vida aos anos.

Como vimos, as tipologias dos indicadores de saúde não se circunscrevem à lógica de indicadores positivos e negativos. Fruto do impacte que os trabalhos desenvolvidos por Donabedian e dos consensos gerados em torno dos seus modelos de promoção da qualidade em saúde, é muito frequente vermos referências a indicadores de saúde caracterizados como indicadores de estrutura, processo e resultado (Gomes Pereira, 1995; Bittar, 2001; Donabedian, 2003).

A estrutura é definida como *"... as condições sob as quais os cuidados de saúde são prestados"* (Donabedian, op. cit., p. 46). Os indicadores de estrutura procuram medir aspectos relativos aos recursos materiais disponibilizados para a assistência, os recursos humanos e as características organizacionais, como, por exemplo, as metodologias de organização e distribuição do trabalho ou o número de camas hospitalares por cada mil habitantes.

Os processos referem-se *"... às actividades que constituem os cuidados de saúde (...) habitualmente levadas a cabo pelos profissionais de saúde, mas que podem incluir outras contribuições, como actividades desenvolvidas pelas famílias juntos dos pacientes"* (Ibidem). Os indicadores de processo incluem, entre outros, aspectos relativos às actividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, preparação do cliente em termos cognitivos, terapêuticas médicas e cirúrgicas.

Os resultados traduzem *"... as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde"* (Ibidem). No fundo, os indicadores de resultado, procuram medir demonstrações dos efeitos da combinação de factores envolventes, da estrutura e processos nas condições dos indivíduos. Ao incluir na definição de resultados factores envolventes, que não fazem parte nem da estrutura nem dos processos, Donabedian procura ultrapassar aquilo que designa *por "problema de atribuição"* (Idem, p. 53).

Esta é uma questão extremamente relevante ao pensarmos em modelos de geração de sínteses informativas capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde das populações. Todavia, este problema não é exclusivo da enfermagem. Donabedian desafia todos aqueles que se preocupam com esta problemática a, antes de mais e não ignorando os progressos realizados na área do *case-mix*, constituírem grandes amostras de dados que sirvam para compreender o peso que têm *"... aspectos médicos, sociais, psicológicos e genéticos, que por si só, possam influenciar os resultados independentemente das interacções dos factores caracterizados como da estrutura e processo"* (Ibidem).

Mais uma vez, é colocada como essencial a constituição de bases de dados que representem matéria-prima para a produção de conhecimento que nos permita identificar variáveis associadas aos clientes e suas famílias que, ainda estando fora dos processos de cuidados, possam determinar diferenças com significado nos resultados obtidos em saúde.

Historicamente, os principais indicadores que têm sido utilizados em saúde referem-se às taxas de mortalidade e morbilidade associadas às doenças; aos indicadores demográficos, como a esperança de vida, a fecundidade e a natalidade; aos indicadores sociais, como o rendimento *per capita*, as taxas de analfabetismo e abandono escolar; e a indicadores ambientais, como a cobertura de saneamento básico, abastecimento de água, redes viárias e de acesso aos serviços de saúde.

Fruto das pressões que nos últimos anos se têm verificado no sentido da eficiência dos sistemas de saúde, aqueles indicadores têm vindo a ser cruzados com métricas orientadas para a medição da produtividade, a eficácia económica e financeira e, mais recentemente, da satisfação dos clientes com os serviços prestados.

Assumimos todo o interesse e utilidade que este tipo de indicadores têm para a promoção da qualidade dos serviços de saúde, mas também alinhamos ao lado daqueles que advogam a emergência de uma visão complementar (Campos & Ramos, 2005) que, para além de outros, evolua na *"... medição de resultados em termos da enfermagem, em complemento aos indicadores tradicionais de morbilidade e mortalidade"* (Werley et al., 1991, p. 425). A implementação de RMDE poderá constituir um excelente ponto de partida para um movimento de definição e aperfeiçoamento contínuo de sínteses informativas orientadas para, como nos dizia Werley e colaboradores, a monitorização de resultados de saúde *"… em termos de enfermagem…"*.

Na exploração teórica que produzimos acerca da problemática dos indicadores de saúde e dos indicadores de enfermagem, estes foram definidos como sínteses informativas, que dependem directamente da quantidade e qualidade dos dados que lhe estão na origem. Esta realidade estabelece de imediato uma ligação entre os esforços de desenvolvimento de indicadores de enfermagem, as questões da informação, dos SIE e dos RMDE. Constatamos uma evolução nas tipologias dos indicadores de saúde, com o discurso actual a estar centrado em indicadores que traduzam ganhos em saúde. Discutimos a necessidade da emergência de uma visão complementar de produção de indicadores de saúde, capaz de acrescentar mais enfermagem às estatísticas da saúde, por via de "indicadores mais finos" relativos à saúde dos cidadãos. Tal desiderato está na dependência directa do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nesta área, tendo por

finalidade a promoção contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com base na análise de informação válida, fiável e regular.

1.1.6 Da qualidade em saúde e da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros

Ao longo da exploração que temos vindo a fazer acerca da problemática e conceitos centrais associados ao estudo que desenvolvemos, o conceito de qualidade foi atravessando toda a reflexão. Por um lado, dada a perspectiva da enfermagem enquanto ciência com uma clara orientação prática, o conhecimento próprio da disciplina visa fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas, famílias e comunidades, tendo por finalidade uma assistência de qualidade. Por outro, a definição e implementação de RMDE, associada aos progressos na área dos SIE, constitui um elemento central na criação de condições promotoras da composição de repositórios de dados capazes de incrementar o desenvolvimento daquele conhecimento. Por outro ainda, uma vez estabilizadas estas bases de dados de enfermagem, exige-se a criação de estratégias de gestão da informação que a transformem em acções promotoras da qualidade dos cuidados.

Nesta abordagem procuramos analisar a evolução dos conceitos associados à qualidade em saúde, os seus componentes e as estratégias que fundamentam os sistemas de qualidade. Após, evoluímos para a discussão acerca da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e as tendências e dimensões centrais que, de acordo com a investigação, se perfilam no horizonte.

O conceito geral de qualidade tem vindo ao longo dos tempos a influenciar o conceito de qualidade em saúde e todos aqueles que dele derivam, como é o caso do conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem. São múltiplas as definições de qualidade em saúde. Na nossa opinião, tal proliferação de definições traduz apenas diferentes pontos de vista e perspectivas pragmáticas dos utilizadores do conceito. Existem algumas posições que acreditam mesmo que a qualidade em saúde é de tal forma complexa (tal como o conceito de saúde) e abstracta, que é praticamente impossível dar-lhe carácter operacional. Por outro lado, é quase um lugar comum dizer-se que um profissional competente e experiente é capaz de reconhecer o que são cuidados de qualidade, o que não deixa de ser verdade. Mas, será que por isso a qualidade não pode ser definida e muito menos monitorizada no sentido da sua promoção e desenvolvimento?

Donabedian (2003) acredita que *"... o conceito de qualidade pode ser definido com precisão, o que é essencial para a sua monitorização que é a base para a sua garantia"*

(p. xxxii). No entanto, antes de avançarmos para a definição de qualidade em saúde, importa considerar os aspectos que estão na base do(s) conceito(s).

Na perspectiva de Mezomo (2001), o conceito geral de qualidade, que durante longos anos prevaleceu, tinha as suas origens nas filosofias de controlo de qualidade industrial, que surgiram após a 2ª Grande Guerra. Neste paradigma a qualidade era entendida como fazer a coisa certa à primeira vez e sem defeitos detectados pelos controladores da qualidade. Mais tarde, verificou-se uma evolução do conceito, que passou a integrar uma nova dimensão relativa aos clientes, derivada do apogeu das teorias do mercado. Nesta nova visão, a qualidade era concebida como a adequação ao uso. A adequação ao uso tinha subjacente a ideia de que um produto de qualidade era um produto que se vendia. A partir da década de oitenta começamos a assistir à emergência de uma nova concepção da qualidade, agora orientada para o atendimento das reais necessidades dos clientes, a antecipação das suas necessidades e tendo por desafio exceder as suas expectativas.

Esta evolução no conceito geral da qualidade, como referimos anteriormente, acabou por determinar a forma como a qualidade em saúde foi sendo conceptualizada. Actualmente, a filosofia que está na base dos programas de qualidade dos serviços de saúde tem vindo a evoluir de uma lógica de garantia, para modelos de melhoria e promoção contínua.

Quadro III – Evolução da Filosofia da Qualidade em Saúde (adaptado de Mezomo, 2001)

Filosofia da Qualidade em Saúde - Friso cronológico	
Anos 60	Controlo
Anos 70	Avaliação
Anos 80	Garantia
Anos 90	Melhoria
Actualmente	Promoção & Desenvolvimento Contínuo

O quadro III sintetiza, ao logo de um friso cronológico que passa pelas últimas quatro a cinco décadas, a forma como a filosofia associada à qualidade em saúde foi evoluindo.

As décadas de sessenta e setenta, período em que se iniciam e institucionalizam os primeiros programas orientados para a qualidade em saúde, em particular nos países da América do Norte, ficaram marcadas pela lógica de controlo e avaliação da qualidade. O

conceito de controlo da qualidade em saúde permaneceu até hoje para significar apenas as *"... técnicas e actividades operacionais utilizadas para preencher os requisitos da qualidade"* (ISO / CD 8042-1, cit. por Mezomo, 2001, p. 123).

A garantia da qualidade, elemento definidor da abordagem à qualidade em saúde dos anos oitenta, refere-se a *"todas as acções planejadas e sistemáticas a serem implementadas para gerar a confiança de que um serviço / produto atende aos requisitos especificados da qualidade"* (Ibidem). Esta abordagem à qualidade em saúde vai para além dos instrumentos utilizados na monitorização e introduz o princípio da utilização sistemática dos resultados obtidos, no processo de planeamento estratégico. A lógica deixa de ser a verificação da existência de qualidade e passa a ser, como é que é possível garantir a qualidade desejada.

A melhoria da qualidade em saúde fundamenta-se nas *"... actividades realizadas para aumentar o valor oferecido ao cliente, através da melhoria da eficácia e da eficiência dos processos e actividades em todo o ciclo da qualidade"* (Ibidem). Nesta visão, a tónica é colocada na prestação do melhor serviço com os menores custos, em consonância com o paradigma de eficiência económica que tem vindo a imperar. Aqui sublinham-se os processos formais de melhoria da qualidade, apesar destes serem complementados por aquilo que Donabedian (2003) designa como *"processos informais"* de melhoria e monitorização da qualidade. Os processos informais de melhoria da qualidade em saúde *"... ocorrem quando colegas observam o trabalho de outros e ajustam os seus comportamentos às normas profissionais prevalentes. Por esta razão, a qualidade dos cuidados é fortemente influenciada por qualquer actividade que faça com que o trabalho de um seja visível para os outros*" (p. xxix).

Actualmente, a filosofia que ilumina os programas de qualidade em saúde acrescenta ao princípio da melhoria a noção de continuidade, envolvendo todos e cada um dos intervenientes no processo (prestadores e clientes dos cuidados). Por outro lado, desafia cada um a contribuir para o progresso permanente da qualidade que, por se situar no contexto da saúde, é uma realidade dinâmica e progressiva. Cada vez mais, os clientes vão exigir e têm direito a mais e melhor saúde. Esta abordagem à qualidade em saúde, segundo Donabedian (Idem), implica um compromisso genuíno e persistente de cada profissional, baseado em valores de natureza ético-deontológica. Assim, se *"... isto estiver presente, quase todos os métodos para a melhoria da qualidade serão bem sucedidos. Se este compromisso estiver ausente, então mesmo os mais sofisticados métodos de melhoria da qualidade falharão"* (p. 137). Esta perspectiva pode ser sintetizada na noção de que a qualidade em saúde é uma construção colectiva e resultado da competência individual de cada um (Leprohon, 2001).

Analisada a evolução da filosofia em que se fundamenta a qualidade em saúde, importa responder à questão: o que é qualidade em saúde?

Vimos que são muito diversificadas as definições conceptuais que existem de qualidade em saúde. O Instituto de Medicina (IOM) dos EUA define qualidade em saúde como *"... o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais actual"* (2004). Na mesma linha, a última definição – síntese que Donabedian (2003) nos deixou aponta para a qualidade em saúde como o produto da interacção de dois factores, sob a acção de um conjunto de condições envolventes. "*Um é a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, e o segundo é a aplicação desse conhecimento e tecnologia na prática"* (p. 4). As condições envolventes à dimensão técnico-científica são, para este autor, a relação interpessoal que se estabelece entre o que cuida e quem é cuidado e as condições ou comodidades ambientais (muitas vezes designadas por condições hoteleiras) do contexto onde ocorrem os cuidados. É da relação destas cambiantes que resulta a qualidade em saúde.

Quando comparada com muitas das definições anteriores que Donabedian nos apresentou, aquela definição parece ser demasiado redutora. Contudo, aquilo que Donabedian (Idem) pretendeu enfatizar foram os elementos centrais da definição conceptual de qualidade em saúde, os quais nos abrem as portas para a definição operacional que importa fazer.

A definição operacional de qualidade em saúde radica em quatro grandes pilares: eficácia, efectividade, eficiência e adequação (Idem; p. 4 – 27).

A eficácia, ao contrário daquilo que é o significado que normalmente lhe atribuímos, representa a capacidade das ciências e tecnologias da saúde em promoverem melhorias no estado de saúde. No fundo, corresponde àquilo que durante muitos anos Donabedian foi definindo como os "standards de qualidade"; ou seja: as referências com as quais os resultados efectivamente obtidos devem ser comparados. A eficácia é, em si mesma, o produto da investigação, experiência e consensos profissionais.

A efectividade refere-se à relação comparativa que se estabelece entre os resultados obtidos e aqueles que os standards apontam com base na evidência empírica. Esta dimensão da definição operacional da qualidade em saúde incorpora um elemento essencial dos processos de análise da adequação das intervenções terapêuticas implementadas.

Por seu turno, a eficiência representa a capacidade de com menores custos (em particular económicos) maximizar os resultados obtidos em saúde. Este conceito reveste-

se de uma extrema relevância, na medida em que, a evidência empírica produzida no âmbito das ciências económicas da saúde tem-nos mostrado que, a partir de um determinado ponto, o aumento dos custos ou do investimento financeiro no sistema não produz melhores benefícios. Todavia, Donabedian alerta-nos para os riscos da "ditadura da eficiência", ao salientar que a mera redução de custos em saúde não traduz, por si, eficiência. A chave da questão está sempre nos resultados que se verificam no estado de saúde dos clientes.

O conceito de eficiência, enquanto uma componente operacional da qualidade em saúde, é frequentemente discutido apenas no plano económico. Contudo, devemos ter em consideração aquilo que é a eficiência clínica. Esta categoria da eficiência reporta-se a aspectos dos julgamentos e capacidades clínicas dos profissionais e pode ser analisada tendo por base aquilo que são os custos para os clientes. Nestes custos incluem-se, por exemplo, menores períodos de dor, menor prevalência de efeitos secundários ou de complicações, entre outros. A eficiência produtiva ou produtividade diz respeito ao aperfeiçoamento dos procedimentos terapêuticos, tendo em vista o aumento da eficiência clínica, a diminuição do desperdício de recursos e materiais e o aumento da capacidade de resposta dos serviços. Por último, importa considerar a eficiência distributiva, categoria que se refere à capacidade de distribuir ou prestar assistência a quem, realmente, mais necessita. Esta categoria da eficiência em saúde liga directamente com aspectos de justiça distributiva, mas enfatiza a capacidade dos serviços em periodizarem a distribuição dos serviços que têm disponíveis.

Enquanto que a eficácia, a efectividade e a eficiência derivam, principalmente, da componente técnico-científica da definição conceptual da qualidade em saúde, a adequação está orientada para as suas condições envolventes. A adequação encerra um conjunto de categorias de factores que muito autores consideram como dimensões operacionais da qualidade em saúde independentes; referimo-nos à pertinência, à acessibilidade, à relação interpessoal, às amenidades ambientais e às preferências pessoais dos clientes.

Em termos gerais, a adequação refere-se à conformidade dos cuidados de saúde prestados, em tempo útil, de acordo com as necessidades dos clientes e em condições que respeitem as crenças, os desejos e os valores de natureza individual de cada cliente.

A pertinência procura relacionar a disponibilidade e a procura de cuidados de saúde, tendo presente se os cuidados prestados a um cliente são os mais indicados ou necessários. A acessibilidade, grosso modo, diz respeito à facilidade com que cada cliente consegue obter, em tempo útil, os cuidados que necessita, independentemente

dessas necessidades serem expressas pelo próprio ou detectadas pelos serviços de saúde. A continuidade nos cuidados e a coordenação entre os serviços são outras das variáveis consideradas ao explorar o conceito de acessibilidade. Ainda no contexto da adequação dos cuidados, a natureza da relação que se estabelece entre os profissionais e o cliente joga um papel importante ao pensar a qualidade em saúde. Uma relação adequada, para além de incorporar os princípios básicos da civilidade, procura colocar o cliente no centro da assistência, bem como o respeito pelos seus valores, crenças e desejos. A adequação dos cuidados obriga à existência de condições ambientais e hoteleiras que garantam a privacidade e o conforto, elementos essenciais para cuidados de saúde com qualidade.

Todo o conjunto de factores que estão envolvidos na componente da qualidade em saúde – adequação –, justificam a incorporação nos sistemas de qualidade em saúde de instrumentos e indicadores orientados para a monitorização, por exemplo, da satisfação dos clientes com as amenidades associadas aos serviços de saúde, a qualidade das relações interpessoais que estabelecem com os profissionais, as dificuldades de acesso aos cuidados, entre outros. Este tipo de informação deve complementar aquela que se refere à dimensão técnico-científica, que representa, como vimos, o núcleo da definição conceptual da qualidade em saúde.

Tendo presentes as definições conceptuais e operacionais da qualidade em saúde e os seus componentes, importa evoluir no aperfeiçoamento de sistemas capazes de promover a sua melhoria e desenvolvimento contínuo. Donabedian (2003) sustenta que os processos de desenvolvimento e melhoria da qualidade em saúde assentam num conjunto de elementos que podem ser usados como um guia orientador para a qualidade.

Quadro IV – Elementos fundamentais de um Sistema de Qualidade

Elementos fundamentais de um Sistema de Qualidade
Determinar o que Monitorizar
Definir a Abordagem a utilizar
Considerar os Standards e Critérios de Qualidade
Construir e implementar Sistemas de Monitorização da Qualidade
Aplicar medidas de Promoção da Qualidade

Dentro da filosofia que ilumina a promoção e melhoria contínua da qualidade em saúde, a definição das áreas a monitorizar e desenvolver deve estar centrada naquilo que é o *core*

da actividade do serviço, na medida em que é isso que lhe confere valor. O sentido não é centrarmo-nos *"... nos problemas mas nas oportunidades de desenvolvimento"* (Idem, p. 30). Por outras palavras, a questão que se coloca é: Naquilo que é a nossa actividade central, como é que podemos fazer melhor? Em síntese, a filosofia da qualidade em saúde está orientada para a sua permanente melhoria, mesmo na ausência de problemas.

Na revisão da literatura, constatámos que muitas das estratégias de monitorização da qualidade têm por referência a abordagem Estrutura – Processo – Resultados. Independentemente dos autores e das escolas em que se filiam, este modelo é sempre tido por base nas discussões acerca da qualidade em saúde. Muitos dos trabalhos e experiências relatadas na literatura, de forma implícita ou explícita, abordam a promoção da qualidade em saúde, ou por via da estrutura ou por via dos processos. É um facto que a grande maioria dos estudos integra a estrutura e os processos, e são raros os que consideram a componente dos resultados. Segundo Donabedian (Idem, p. 52 – 55), a menor utilização da *"componente resultados"* parece estar relacionada com a maior dificuldade em definir os standards e critérios de referência e com a obtenção da informação necessária ao cálculo de indicadores de resultado. A utilização combinada das três componentes é desejável, na medida em que *"... permite o acesso a uma avaliação da qualidade mais completa"* (Idem, p. 56).

Os grandes desafios que se colocam no processo de construção e implementação de um sistema de monitorização da qualidade passam pela criação de condições de recolha sistemática e regular de informação. Este é um aspecto importante, porque um sistema de promoção da qualidade não se compadece com metodologias intermitentes.

A implementação das medidas de promoção da qualidade não representa a etapa final dos sistemas da qualidade; antes o início de um processo cíclico e permanente de (re) definição da qualidade, monitorização do desempenho, correcção dos desvios detectados e promoção contínua de novos horizontes para a qualidade em saúde. Neste sentido, compreende-se a razão pela qual se pode falar no *"Ciclo da Qualidade"* (Leprohon, 2001; Pisco et al., 2005).

A necessidade de se implementarem sistemas de qualidade é hoje assumida à escala global por organismos internacionais, como a OMS e o ICN. À luz da norma ISO 8402 (cit. por Comissão Permanente dos Hospitais da União Europeia, 2000), um sistema da qualidade é *"uma estrutura organizacional, procedimentos, processos e recursos necessários à implementação da gestão da qualidade"* (p. 8). A gestão da qualidade total é uma *"abordagem de gestão de uma organização centrada na qualidade, baseada na*

participação de todos os seus membros e visando o sucesso a longo prazo através da satisfação do cliente e de benefícios para todos os membros da organização e sociedade" (Ibidem). Das definições propostas pela ISO realça-se o carácter dinâmico e contínuo das abordagens de promoção da qualidade.

Portugal não tem ficado alheio a este movimento de crescente valorização da qualidade em saúde, o que é atestado por organismos nacionais como o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS). No nosso país, datam do início da década de oitenta as primeiras iniciativas formais sobre a problemática da qualidade. Ultimamente, o IQS (2006) tem vindo a dinamizar diversas iniciativas no âmbito da qualidade, de que são exemplo: os processos de acreditação dos hospitais, em articulação com organismos internacionais; o projecto de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos Centros de Saúde (MoniQuOr); o *International Health Quality Indicator Project* e o *Health Comparation of Quality Indicators Project* da OCDE, entre outros.

No que diz respeito à qualidade dos cuidados de enfermagem, no início da década de noventa, no quadro da DGS e sob coordenação do Prof. Imperatori, foi desenvolvido e implementado em alguns hospitais o Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH), no qual participamos como auditor.

Apesar do mérito de todas as iniciativas que destacamos nos parágrafos anteriores, todas elas são muito abrangentes ou centradas em aspectos relativos à natureza organizacional dos serviços ou, no caso do MAQCEH, centradas nas questões dos processos. Aqui, importa discutir a grande abrangência da maioria dos projectos em curso. Como referimos, todas as iniciativas se revestem de grande mérito, mas devem ser complementadas por abordagens centradas nas particularidades dos cuidados de enfermagem, dimensão que não as vem contradizer, antes reforçar e aperfeiçoar.

Este é um aspecto que reportamos como fundamental na medida em que, dado o contexto multiprofissional da qualidade em saúde, *"... nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde"* (OE, 2003, p. 140). Daqui resulta uma importante questão: De quem é a responsabilidade de avaliar e promover a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros?

No cumprimento da sua missão e tendo em consideração a filosofia actual da promoção e garantia da qualidade em saúde, a OE optou por uma lógica descritiva ao enunciar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001). Uma vez definidos os padrões de qualidade pela OE, compete aos enfermeiros nas organizações, e às

organizações por si, desenvolver os esforços no sentido de proporcionar as condições para um exercício profissional de qualidade. O conceito de qualidade que está aqui subjacente é fazer progressivamente e de forma contínua o melhor que for possível, com as condições existentes e tendo por base uma filosofia de análise do desempenho fundamentada em informação fiável.

Julgamos estar em condições de afirmar que a resposta àquela pergunta se encontra, em grande medida, no seio da comunidade de enfermagem. A este respeito, Foster (2001) defende que *"... é imperioso assumir que a responsabilidade por monitorizar os resultados de enfermagem está não só na enfermagem, mas nos enfermeiros – investigadores, professores e administradores, com certeza, mas também, talvez especialmente, naqueles que prestam cuidados directos"* (p. 108). Alargando a discussão à abordagem de promoção da qualidade com base na tríade Estrutura – Processo – Resultado, Marek (1997) considera que é essencial, tendo em consideração as condições sob as quais os cuidados de enfermagem são prestados, identificar e monitorizar o *"que os enfermeiros fazem (intervenções de enfermagem) em resposta a que condições dos pacientes (diagnósticos de enfermagem) e com que impacte (resultados de enfermagem)"* (p. 8).

Nos últimos anos, as discussões acerca da monitorização e promoção da qualidade dos cuidados e do exercício profissional dos enfermeiros tem estado focalizada na componente resultados (Shamian, et al., 1997; Spilsbury & Meyer, 2001); uma vez que saber apenas o que os enfermeiros fazem e sob que condições pouco diz sobre os ganhos em saúde que as populações obtêm com o seu exercício profissional. O actual enfoque nos resultados pode ser explicado pelo facto da maior parte da investigação realizada nesta área *"... ter usado a abordagem estrutura e processo"* (Rantz et al., 1999, p. 17) e talvez, porque *"as discussões acerca de bases de dados padronizadas para a monitorização de resultados de enfermagem ainda tenham começado recentemente"* (Ingersoll et al., 2000, p. 1274).

A integração nos sistemas de qualidade dos cuidados de enfermagem de abordagens centradas nos resultados, em complemento à lógica estrutura – processo, tem vindo a ser progressiva. Disso é exemplo o modelo utilizado pela Ordem dos Enfermeiros e Enfermeiras do Québec (OIIQ), nas linhas orientadoras para a garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem (Leprohon, 2001). Este modelo tem sido utilizado como referência nas discussões que se têm feito na comunidade de enfermagem acerca da qualidade.

Dado o contexto multiprofissional da qualidade em saúde, um dos aspectos centrais do

modelo referido assenta na clarificação do conceito de "Qualidade dos cuidados" e "Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros".

Segundo a Direcção da Qualidade do Exercício da OIIQ (cit. por Leprohon, 2001), a qualidade dos cuidados *"... está ligada à qualidade do exercício; todavia, não diz respeito apenas aos enfermeiros, mas também às intervenções que são implementadas por outros profissionais dos cuidados aos clientes"* (p. 130). Daqui resulta que a qualidade dos cuidados de enfermagem e de saúde, enquanto conceitos mais abrangentes, são necessariamente influenciadas pela qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Este representa *"um conjunto de atributos dos cuidados de enfermagem definidos a partir dos resultados verificados nos clientes e de elementos organizacionais, que contribuem para a adequação dos cuidados prestados pelos enfermeiros numa óptica de melhoria contínua"* (Ibidem).

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a acção de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde. Daqui se infere o papel de charneira que o exercício individual e colectivo dos enfermeiros pode ter para a qualidade nos sistemas de saúde. Nesta perspectiva, faz todo o sentido conceber modelos de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, que entronquem nos sistemas mais abrangentes de desenvolvimento da qualidade em saúde.

Tendo em consideração a lógica de desenvolvimento de modelos de promoção contínua da qualidade do exercício (Idem; OE, 2003) e a necessidade de centrar estes processos naquilo que é o *core* da actividade do serviço (Donabedian, 2003), vale a pena interrogarmo-nos sobre aquilo que a investigação nos pode dizer sobre as áreas que se afiguram como centrais, ao pensar a qualidade numa perspectiva de enfermagem.

Ao colocarmos a questão nestes termos, procuramos perceber quais são os ganhos em saúde que são mais sensíveis ao exercício profissional dos enfermeiros e, dessa forma, voltamos àquilo que Donabedian designou *por "problema de atribuição"* (Idem, p. 53). O problema da atribuição ou da definição da sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos diferentes aspectos de saúde, tem acompanhado as discussões acerca da monitorização e produção de resultados de enfermagem.

Autores como Griffiths (1995), French (1997) e Spilsbury & Meyer (2001) advogam que o apuramento do conceito de sensibilidade só é possível com o acumular de pesquisas que, tendo em consideração as intervenções de enfermagem, as relacionem com os resultados verificados nos clientes. Contudo, antes, urge consolidar as condições para a

documentação, recolha e análise do material com critérios padronizados, o que nos remete, de novo, para a problemática dos SIE e dos RMDE.

O maior estudo alguma vez realizado sobre resultados de enfermagem – Nursing Outcomes Project –, iniciado na Universidade de Iowa em 1991 por Johnson & Maas, e que culminou na publicação da *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, oferece-nos alguns fundamentos para esta discussão. Assume-se que os resultados em saúde não são exclusivo de nenhum grupo profissional ou disciplina do conhecimento, o que não invalida a existência de resultados que são mais influenciados pelas intervenções de enfermagem.

A metodologia que está na base da NOC assenta numa revisão sistemática da literatura, na exploração da informação que está disponível nas bases de dados da saúde, em *surveys* realizados em larga escala e nos trabalhos de grupos de peritos. O desenvolvimento e refinamento dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem tem sido guiado por um conjunto de critérios, que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro V – Critérios para Avaliar a Sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos resultados (adaptado de Johnson, Maas & Moorhead, 2000)

Critérios para Avaliar a Sensibilidade aos cuidados de enfermagem
Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, produzem o resultado desejado
Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, são implementadas com a intenção de produzir o resultado desejado
Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, produzem uma melhoria significativa nos resultados ou impedem a sua deterioração
Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, foram implementadas antes da ocorrência dos resultados desejados
Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro e que produzem os resultados desejados, se inserem no âmbito do mandato social com que a enfermagem está investida

Um resultado sensível aos cuidados de enfermagem refere *"um estado, comportamento ou percepção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem..."* (Johnson, Maas & Moorhead, 2000, p. 24). A maioria destes resultados representa a resolução de um diagnóstico de enfermagem.

Acreditamos que a questão central, que deriva dos critérios utilizados para avaliar a

sensibilidade aos cuidados de enfermagem de um aspecto de saúde e da definição de *"resultados sensíveis..."* de Johnson, Maas & Moorhead, está colocada na *"evidência"* e na capacidade que tivermos de viver com a melhor evidência disponível.

À data de início do nosso projecto de investigação, efectuamos uma compilação de estudos centrados na definição das áreas com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Esta revisão constituiu um instrumento que nos apontou alguns horizontes para a problemática. Incluímos na revisão, apenas estudos que se focalizassem exclusivamente na qualidade dos cuidados de enfermagem, fossem posteriores a 1995 e, sob o ponto de vista das metodologias utilizadas, implicassem revisões sistemáticas da literatura e/ou métodos de produção de consensos.

Reunimos seis estudos, todos eles com grande influência da escola Norte Americana. Apesar dos vários aspectos de saúde discutidos em cada um dos estudos, procuramos identificar aqueles que, sob o ponto de vista dos resultados, constituem áreas muito sensíveis aos cuidados de enfermagem. O quadro seguinte descreve a síntese produzida a partir da análise dos estudos reunidos.

Quadro VI – Aspectos da saúde com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem

Ano	1999	1999	2000	2001	2001	2001
Autores	ANA	Rantz et al.	Ingersoll et al.	Kunaviktikul et al.	Spilsbury & Meyer	Doran et al.
Metodologia	RL	Grupo discussão	Delphi	Entrevistas, Grupo discussão, Peritos	RL e Peritos	RL
Âmbito	Internamento agudos	C. Continuados	P. Avançada	Geral	Geral	Greral
País	EUA	EUA	EUA	Tailândia	Inglaterra	Canadá
Adesão RT			✔		✔	✔
Aquisição Conhecimento	✔	✔	✔	✔	✔	✔
Auto Cuidado(s)		✔			✔	✔
Envolvimento Família		✔			✔	
Controlo Dor	✔			✔	✔	✔
Controlo Sintomas			✔	✔		✔
Erros Medicação				✔		
Infecções nosocomiais	✔	✔		✔		
Preparação Regresso Casa		✔			✔	✔
Quedas	✔	✔		✔		
Úlceras de Pressão	✔	✔		✔	✔	✔

C. Continuados – Cuidados Continuados; P. Avançada – Prática Avançada; RL – Revisão da literatura; RT – Regime terapêutico

Julgamos que vale a pena sublinhar algumas das limitações que estão associadas à síntese realizada. Em primeiro lugar, constata-se que só temos estudos relativos às realidades de internamento (agudos, cuidados continuados...), uma vez que, mesmo os estudos de âmbito geral, só dizem respeito aos hospitais. Nesta medida, um domínio importante dos cuidados de enfermagem, como os cuidados de saúde primários, fica invisível nesta análise. Em segundo lugar, os onze aspectos de saúde identificados têm níveis conceptuais muito diferentes. Enquanto que as úlceras de pressão ou as quedas são realidades muito concretas, aspectos como o envolvimento da família, a preparação do regresso a casa ou a aquisição de conhecimentos podem incluir um conjunto muito vasto de focos de atenção de enfermagem. Por último, muitos dos estudos discutem a qualidade da evidência que sustenta a categorização de um aspecto de saúde como muito sensível aos cuidados de enfermagem.

Contudo, da análise do quadro apresentado, verificamos a existência de onze aspectos que, segundo os estudos e tendo em consideração as particularidades dos diferentes âmbitos, são muito sensíveis aos cuidados de enfermagem. É interessante verificar que os resultados desta revisão são muito semelhantes com aquilo que Donabedian (2003, p. 167 – 169) considera *"indicadores de enfermagem"*, com base no painel de indicadores de saúde da Associação Americana de Hospitais (1989).

Na opinião de Spilsbury & Meyer (2001), as áreas que as revisões da literatura apontam como sensíveis aos cuidados de enfermagem são tradutoras daquilo que tradicionalmente está associado ao papel dos enfermeiros e que, sem dúvida, diz respeito ao domínio da enfermagem. Mas importa considerar novos desafios e novas áreas de atenção que exigem cuidados de enfermagem que estão a descoberto.

Da análise que fizemos à problemática da qualidade em saúde percebemos a evolução verificada na filosofia que a sustenta, agora orientada para a sua promoção e melhoria contínua, bem como o papel basilar que a informação desempenha nos sistemas de qualidade. A qualidade em saúde foi aqui colocada como o resultado da articulação dos diferentes contributos profissionais e disciplinares. Neste sentido, importa evoluir na aproximação ao contributo do exercício profissional dos enfermeiros para a qualidade global em saúde, no sentido de promover o desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Actualmente, a tónica de desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros está colocada nos resultados. A incipiente utilização da abordagem centrada nos resultados nos sistemas de qualidade está relacionada com a dificuldade de recolha e análise de informação, com base em critérios padronizados de comparabilidade e agregação de dados. Assim, a análise regular de informação fiável, relativa aos cuidados de enfermagem, representa um elemento fulcral para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

1.2 Justificação do estudo

Ao longo da discussão em torno da problemática dos modelos de agregação de dados de enfermagem e dos conceitos que a enquadram, foi sobressaindo a necessidade de levar por diante percursos de investigação centrados nas estratégias de gestão e optimização da informação documentada nos SIE, tendo em vista, fundamentalmente, a melhoria da qualidade dos cuidados. Para a DGS (2003), a investigação acerca dos modelos de *"gestão da informação e do conhecimento em serviços de saúde"* (p. 91), constitui uma das prioridades temáticas de I&D das orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Neste enquadramento, devemos destacar o défice de informação relativa aos cuidados de enfermagem nos "discursos" e nas decisões em saúde, em Portugal. Este facto, associado às alterações que se vão verificando nos modelos de gestão e organização dos cuidados, de que são exemplo a empresarialização dos hospitais, a reforma dos cuidados de saúde primários e a rede de cuidados continuados, e ao ênfase crescente da problemática da qualidade em saúde, justificam o desenho de projectos de investigação que visem criar consensos e padronizar os parâmetros e os itens básicos de informação a utilizar na promoção e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

Os percursos de monitorização da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm estado centrados, quase que exclusivamente, em aspectos da estrutura ou dos processos, o que tem impedido a análise objectiva da influência que estas variáveis têm sobre os resultados dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, a OE Portuguesa, ao definir os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, propõe a constituição de um conjunto de indicadores de resultado do exercício profissional dos enfermeiros, com base num RMDE, desenvolvido através da investigação (OE, 2003).

As questões em torno dos modelos, propósitos e conceitos a utilizar na agregação de dados são uma dimensão de investigação, conhecida no âmbito da informática em enfermagem como RMDE (Werley et al., 1991; Goossen, 2000b; Marin et al., 2001; Silva, 2001). Esta tem sido uma área de investigação que tem acompanhado lado a lado as pesquisas dirigidas ao desenvolvimento de terminologias de enfermagem e à modelação de SIE. O crescente interesse pelos RMDE, enquanto objecto de investigação, é atestado pelo envolvimento activo do ICN e da IMIA na consolidação de um RMDE Internacional (Delaney et al., 2001).

Em 2001, Silva advogava a existência de três linhas importantes que deveriam ser investigadas, em função dos resultados do seu trabalho. Entre elas estava a necessidade de pesquisar *"os aspectos associados à política de definição de resumos mínimos de dados de enfermagem"* (p. 312). A relevância deste tipo de pesquisas afigura-se como fundamental para o fornecimento de evidências e recomendações que garantam a comparabilidade de dados de enfermagem, que pode ser colocada em risco pela natural proliferação de estruturas e modelos de SIE.

Por último, importa considerar que as investigações centradas na agregação de dados que, supostamente, se reportem ao *core* do domínio da disciplina, podem constituir um contributo interessante para o aprofundamento do conhecimento próprio da enfermagem (Meleis, 2005).

Com base nos elementos que discutimos nos parágrafos anteriores, evoluímos na apresentação da finalidade que dirigiu a investigação realizada.

1.3 Finalidade

Do enquadramento teórico da área problemática resultam algumas ideias – chave que nos auxiliam a definir a finalidade para a qual se orienta esta investigação.

A informação relativa aos cuidados de enfermagem constitui um recurso estratégico que não pode ser desperdiçado. Com efeito, a informação documentada nos SIE deve ser perspectivada para além da "mera" documentação legal da assistência ou mesmo, da promoção da continuidade nos cuidados. A optimização da gestão e a promoção da investigação são dimensões relativamente às quais os dados de enfermagem não podem ser dispensados.

A manifesta carência de informação, especialmente orientada para os resultados, relativa ao exercício profissional dos enfermeiros, coloca-nos a todos perante a necessidade de se criarem instrumentos capazes de auxiliar a promoção de climas favoráveis à consolidação de sistemas de melhoria contínua da qualidade em saúde.

As oportunidades que decorrem dos desenvolvimentos verificados na última década na área dos SIE em Portugal, permitem-nos, a partir de informação consistente e processada regularmente, reflectir na prática, sobre a prática e para uma prática cada vez com maior qualidade.

É neste cenário que delineamos um estudo situado nos territórios dos RMDE, centrado no recurso informação e tendo por finalidade:

> **Definir um modelo de agregação de dados de enfermagem que, viabilize informação que, com carácter sistemático e regular, seja capaz de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.**

Delimitado o contexto problemático e a finalidade do estudo, importa evoluir na apresentação das questões de partida que guiaram a investigação.

1.3.1 Perguntas de investigação

A exploração teórica que fomos fazendo sobre a problemática, bem como os resultados dos percursos de investigação já desenvolvidos neste domínio, apontam uma grande variedade de questões que podem nortear os estudos sobre RMDE. No entanto, antes de mais, urge definir, implementar e consolidar um modelo de agregação de dados. Por outro lado, os imperativos de uma investigação determinam a necessidade de circunscrever o espectro das linhas que a orientam. Neste sentido, da finalidade que

propomos derivam as perguntas de investigação que apresentamos.

Perspectivamos o desenvolvimento do estudo em duas fases. Um primeiro momento centrado na definição do modelo de agregação de dados e uma segunda fase orientada para o desenvolvimento do trabalho de implementação do modelo, entretanto definido.

Neste contexto, a primeira fase do estudo foi conduzida por duas grandes questões orientadoras:

- *Quais os propósitos que o modelo de agregação de dados de enfermagem deve servir?*
- *Quais são os itens e categorias específicas de informação necessários à recolha sistemática, uniforme e comparável de dados de enfermagem?*

Na fase de implementação do modelo de agregação de dados definido tivemos como questões orientadoras:

- *Qual é a natureza dos desafios que se colocam na implementação de um modelo de recolha e agregação de dados de enfermagem, com requisitos de disponibilidade, fiabilidade e comparabilidade?*
- *Qual é a variabilidade e a diversidade das necessidades, intervenções e resultados de enfermagem, nos diferentes grupos de clientes?*
- *Que relações se podem perspectivar entre os resultados de enfermagem, os elementos da estrutura e os processos de cuidados?*

Julgamos que, uma vez definido e consolidado um RMDE e compreendidos os desafios que a sua implementação coloca, estarão reunidas mais condições para que o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações deixe de ser invisível. Para além do mais, podemos evoluir numa lógica de gestão da informação, tendo por horizonte a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

1.4 Visão geral do estudo

Este estudo foi organizado em duas fases. Num primeiro momento estivemos centrados na definição do RMDE propriamente dito. Para isso recorremos à utilização de um grupo de discussão e à realização de uma abordagem com a técnica de Delphi. Uma vez definidos os propósitos e a estrutura substantiva do modelo de agregação de dados, evoluímos num estudo exploratório, orientado para a implementação daquilo que resultou da fase anterior. Nesta fase, mantivemos em funcionamento o grupo de discussão, com a intenção de ir percebendo os factores e as contingências que se mostrassem capazes de influenciar os processos de implementação de RMDE. Para além do mais, também

procurámos vislumbrar o impacte que a informação gerada a partir do conjunto mínimo de dados pode ter nos contextos de acção.

Assim, o faseamento da investigação pode sintetizar-se em:

Fase I – **RMDE: desenvolvimento e exposição do modelo**

Definição dos propósitos, estrutura substantiva e modelo de RMDE.

Fase II – **RMDE: implementação do modelo**

Produção e análise do conjunto mínimo de dados de enfermagem, com o objectivo de tornar fiável o modelo de agregação de dados, e vislumbrar o impacto que tal informação pode ter à escala das unidades de cuidados.

Quadro VII – Visão geral do estudo

Visão Geral do Estudo		
Desenho - Cronologia	Fase I (Jan. 2003 - Out. 2004)	Fase II (Nov. 2004 - Out. 2005)
Objectivos	Definir os propósitos que o modelo de agregação de dados deve servir; Identificar os focos de atenção mais sensíveis aos cuidados de enfermagem; Definir a natureza das sínteses informativas que derivam dos propósitos do modelo de agregação de dados; Desenhar um modelo que sustente a produção das sínteses informativas consideradas necessárias; Definir a estrutura substantiva do RMDE.	Explorar os factores intervenientes no processo de implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem; Descrever a diversidade das necessidades, intervenções e resultados de enfermagem nos diferentes grupos de clientes; Explorar as relações que possam existir entre os resultados de enfermagem e elementos do processo de cuidados; Discutir o impacte que a informação gerada a partir do modelo de agregação de dados pode ter à escala das unidades de cuidados.
Contexto	ARS - Norte: 7 Hospitais e 10 Centros de Saúde	ARS - Norte: 6 Hospitais e 10 Centros de Saúde
Perguntas de Investigação	Quais os propósitos que o modelo de agregação de dados de enfermagem deve servir? Quais são os itens e categorias específicas de informação necessários à recolha sistemática, uniforme e comparável de dados de enfermagem?	Qual é a natureza dos desafios que se colocam na implementação de um modelo de recolha e agregação de dados de enfermagem, com requisitos de disponibilidade, fiabilidade e comparabilidade? Qual é a variabilidade e a diversidade das necessidades, intervenções e resultados de enfermagem, nos diferentes grupos de clientes? Que relações se podem perspectivar entre os resultados de enfermagem, os elementos da estrutura e os processos de cuidados?
Metodologia	Grupo de Discussão Estudo Delphi	Grupo de Discussão Estudo Exploratório
Amostra(s)	Grupo de Discussão - Intencional, por critério racional; Estudo Delphi – Conveniência; Q1: 531 respondentes; Q2: 301 respondentes	Grupo de Discussão - Intencional, por critério racional (= Fase I); Estudo Exploratório – Conveniência, 15363 episódios de internamento e 73265 utentes dos CS

Clarificados os elementos centrais da investigação realizada, urge considerar a forma

como esta dissertação se encontra estruturada.

1.5 Visão geral da dissertação

Esta dissertação segue um modelo de organização e sequência dos capítulos que procura ser fiel ao faseamento do estudo realizado. Todavia, neste particular, experimentamos alguns constrangimentos, que derivam da necessidade de relatar de forma sequencial aspectos que, na realidade, foram verdadeiramente simultâneos e interactivos.

No segundo capítulo, após nos termos preocupado com a delimitação dos territórios teóricos em que se situa a investigação, discutimos as opções metodológicas efectuadas e o paradigma de investigação adoptado. A primeira fase do estudo, centrada na definição dos propósitos e estrutura substantiva do RMDE, bem como do modelo de agregação de dados capaz de viabilizar as sínteses informativas consideradas úteis para a promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, corresponde aos terceiro e quarto capítulos. Os capítulos cinco e seis representam a segunda fase da investigação, dirigida à exploração de questões relativas à diversidade das necessidades, intervenções e resultados de enfermagem, nos diferentes grupos de clientes. Nestes dois capítulos também exploramos alguns aspectos relativos ao potencial de utilização do conhecimento gerado a partir das estratégias definidas de gestão dos dados disponíveis nos SIE. No último capítulo, é feita uma leitura sintética do adquirido, quer na perspectiva do conhecimento relativo à problemática dos SIE e RMDE, quer na perspectiva do conhecimento substantivo da disciplina de Enfermagem.

1.6 Referências

ALFARO, R. (1986) – *Application of Nursing Process: a step-by-step guide*. Philadelphia: JB Lippincott.

ALFARO, R. (1995) – *Critical Thinking in Nursing - A Practical Approach*. Philadelphia: Saunders Company

ANA (1994) – *Steering Committee on Databases Congress of Nursing Practice. Position statement on: A national nursing database to support clinical nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Association

ANA (1995a) – *An Emerging Framework: Data system Advances for Clinical Nursing Practice*. Washington, DC: American Nurses Association

ANA (1995b) – *Standards of Practice in Nursing Informatics*. Washington, DC: American Nurses Association

ANA (1999) – *Nursing-Sensitive Quality Indicators for Acute care Settings and ANA' s Safety & Quality Initiative.* On line: http://nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm, em 19-07-2002

ANDERSON, B. J.; HANNAH, K. J. (1993) – *A Canadian nursing minimum data set: A major priority*; Canadian Journal of Nursing Administration. 6, p. 7 – 13

AYDELOTTE, M.; PETERSON, K. (1987) – Nursing Taxonomies – The state of the art. In *Classification of Nursing Diagnosis – Proceedings of the seventh Nursing Diagnosis Congress.* St. Louis: McLane, A (Ed.), Mosby.

BALL, M.; DOUGLAS, J. V.; LILLIS, J. (2001) – Health Informatics: Managing Information to Deliver Value. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – *MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdan: IOS Press, p. 305 – 308

BANDMAN, E.; BANDMAN, B. (1995) – *Critical Thinking in Nursing*. Connecticut: 2ª Ed., Appleton & Lange

BENNER, P. (1984) – *From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addinson Wesley.

BERNAERTS, K.; EVERS, G.; SERMEUS, W (2000) – *Frequency of intravenous medication administration to hospitalised patients: secondary data-analysis of the Belgian Nursing Minimum Data Set*; International Journal of Nursing Studies. 37 (2), p. 101 – 110

BITTAR, O. (2001) – *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*; Revista de Administração em Saúde. 3 (12), p. 21 - 28

BLEWITT, D. K.; JONES, K. R. (1996) – *Using elements of nursing minimum data set for determining outcomes*, Journal of Nursing Administration. 26 (6), p. 48 –56

BOSTICK, J.; RIGGS, C. J. ; RANTZ, M. (2003) – *Quality Measurement in Nursing: an Update of where we are now;* Journal of Nursing Care Quality. 18 (2), p. 94 – 104

CAMPOS, C; RAMOS, F (2005) – Contas e Ganhos na Saúde em Portugal: dez anos de percurso. In: *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*. Lisboa: Casa das Letras, p. 159-254

CARNEVALI, D.; THOMAS, M. (1993) – *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing.* Philadelphia: J. B. Lippincott Company

CLARK, J.; DELANEY, C. (2000) – Conceptualisation and Feasibility of an International Nursing Minimum Data Set (I – NMDS). In SABA, VK.; CARR, R.; SERMEUS, W. & ROCHA, P. – *One Step Beyond: The Evolution of Technology and Nursing. Proceedings of the 7th International Congress on Nursing informatics.*

COENEN, A.; SCHONEMAN, D. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set: use in the quality process*; Journal of Nursing Care Quality. 10 (1), p. 9 – 15

COENEN, A.; WEIS, D. M.; SCHANK, M. J.; MATHEUS, R. (1999) – *Describing parish children's nurse practice using the minimum Nursing Data Set*; Public Health Nursing. 16 (6), p. 412 – 416

COMISSÃO PERMANENTE DOS HOSPITAIS DA U. E. - HOPE – Portugal (2000) – *A Qualidade dos Cuidados de Saúde, actividades hospitalares*. Grupo de trabalho em cuidados de qualidade em Hospitais: Subcomissão para a Coordenação

DANIELS, N. C. (1997) – *Estratégias Empresariais e Tecnologias da Informação*. Lisboa: Editorial Caminho

DARBYSHIRE, P. (2004) – *Rage against the machine?: Nurses` and Midwives` experiences of using computerized Patient Information Systems for clinical information*; Journal of Clinical Nursing. 13, p. 17 – 25

DELANEY, C.; HOVENGA, E.; COENEN, A.; PARK, H. (2001) – The International Nursing Minimum Data Set (i-NMDS) & The International Classification for Nursing Practice (ICNP®): Next Steps. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – *MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 1537

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set, standardized language, and health care quality*; Journal of Nursing Care Quality. 10 (1), p. 16 – 30

DELANEY, C.; REED, D.; CLARKE, M. (2000) – Describing Patient Problems & Nursing Treatments Patterns Using Nursing Minimum Data Sets (NMDS & NMMDS) & UHDDS Repositories. In: OVERHAGE, J., M. – *AMIA 2000 Converging Information, Technology, & Health Care.* Los Angels: Ed. AMIA

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M., F. (1992) – *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem.* Lisboa: Lusodidacta

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

DORAN, D.;SIDANI, S.; WATT-WATSON, J.; LASCHINGER, H.; McGILLIS HALL, L. (2001) – A Methodological Review of the Literature on Nursing-Sensitive Outcomes. In MINISTRY OF HEALT AND LONG – TERM CARE OF ONTARIO; THE NURSING AND EFFECTIVENESS, UTILIZATION AND OUTCOMES RESEARCH UNIT OF UNIVERSITY OF TORONTO – *Invitational Symposium – Nursing and Health Outcomes Project*. Toronto: University of Toronto. On line: http://www.org.on.ca/health

DOSSEY, B. M.; KEEGAN, L.; GUZZETTA, C.; KOLKMEIER, L. (1995) – *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Gaithersburg – Maryland: 2ª Ed., Aspen Publishers

DRAPER, P. (1990) – *The Development of theory in British nursing current position and future prospects;* Journal of Advanced Nursing. 15, p. 12 – 15

DUDECK, J (1998) – *Aspects of implementing and harmonizing healthcare communication standards*; International Journal of Medical Informatics. 48 (1-3), p. 163 – 171

EHNFORS, M.; HARDIKER, N.; HOY, D.; NIELSEN, G.; THERKELSEN, L.; ROSSI MORI, A. (1999) – *CEN/TC 251 Short Strategic Study. Systems of concepts for nursing: a strategy for progress. Final Report*: CEN

ERIKSEN, L.; TURLEY, J.; DENTON, D.; MANNING, S. (1997) – Data Mining: A Strategy for Knowledge Development and Structure in Nursing Practice. In GERDIN, U.; WAINWRIGHT, P.; TALLBERG, M. – *Nursing Informatics' 97, The Impact of Nursing Knowledge and Health Care Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 383 – 388

EVERS, G. (2003) – *Developing Nursing Science in Europe*; Journal of Nursing Scholarship. 35 (1), p. 9 – 13

EVERS, G.; VIANE, A.; SERMEUS, W.; SIMOENS-DE SMET, A.; DESLESIE, L. (2000) – *Frequency of and indications for wholly compensatory nursing care related to enteral food intake: a secondary analysis of the Belgium National Nursing Minimum Data Set*; Journal of Advanced Nursing. 32 (1), p. 194 – 201

FAGERSTROM, L.; ENGBERG, B. (1998) – *Measuring the unmeasurable: a caring science perspective on patient classification*; Journal of Nursing Management. 6, p. 165 - 172

FAWCETT, J. (1978) – *The relationship between theory and research: A double helix*, Advances in Nursing Science. 1 (1), p. 49 -62

FONTEYN; M. (1998) – *Thinking Strategies for Nursing Practice*. New York: Lippincott

FORCHUK, C. (1995) – *Uniqueness within the nurse-client relationship*; Archives of Psychiatric Nursing. 9 (1), p. 34 – 39

FOSTER, R. (2001) – *Who is responsible for measuring Nursing Outcomes*?; Journal for Specialists in Paediatric Nursing (JSPN). 6 (3), p. 107 – 108

FRENCH, B. (1997) – *British studies which measure patient outcome, 1990-1994*; Journal of Advanced Nursing. 26, p. 320 - 328

GINNEKEN, A. (2002) – *The computerized patient record: balancing effort and benefit;*

International Journal of Medical Informatics. 65 (2), p. 97 – 119

GOMES PEREIRA, M. (1995) – *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; DASSEN, T.; HASMAN, A.; HEUVEL, W. (1997) – *Can e solve current problems with Nursing Information Systems?*; Computers Methods and Programs in Biomedicine. 54 (1,2), p. 85 – 91

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; DASSEN, T. (1997) – *Criteria for Nursing Information Systems as a component of the Electronic Patient Record: an International Delphi study;* Computers in Nursing. 15 (6), p. 307 – 315

GOOSSEN, W. (2000a) – *Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem*. Enfermagem. 18 (2.ª série), (Abr. / Jun.), p. 5-22

GOOSSEN, W. (2000b) – *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; FEUTH, T.; VAN DENHEUVEL, W.; HASMAN, A.; DASSEN, T. (2001) – *Using the Nursing minimum Data Set for Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in Patient populations and variations in nursing activities*; International Journal of Nursing Studies. 38 (3), p. 243 – 257

GORDON, M. (1998) – *Nursing nomenclature and classification systems development*. Online Journal of Issues in Nursing. (30 Sept.). On line: http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm

GRAVES, J. R.; CORCORAN, S. (1989) – *The study of nursing informatics*. Image - Journal of Nursing scholarship. 21 (4), p. 227 – 231

GRIFFITHS, P. (1995) – *Progress in measuring nursing outcomes*. Journal of Advanced Nursing. 21, p. 1092 - 1100

GRUBER-BALDINI, A.; ZIMMERMAN, S. (2000) – *The validity of the minimum data set in measuring the cognitive impairment of persons admitted to nursing homes*; Journal of the American Geriatrics Society. 48 (12), p. 1601 – 1606

HARTMAIER, S. L.; SLOANE, P. D.; GUESS, H. A.; KOCH, G. C. (1994) – *The MDS Cognition Scale: a valid instrument for identifying and stating nursing home residents with dementia using the minimum data set;* Journal of the American Geriatrics Society. 42 (11), p. 1173 – 1179

HENRY, B.; ELFRINK, V.; McNEIL, B.; WARREN, J. (1998) - *The ICNP®'S relevance in*

US, International Nursing Review. 45 (5), p. 151 - 157

HENRY, S. B. (1995) – *Nursing informatics: state of the science*; Journal of Advanced Nursing. 22, p. 1182 - 1192

HOVENGA, E. (2001) – *Nursing information and the use of electronic health records*; Australian Nursing Journal. 8 (11), p. 39 - 49

ICN (2000) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ICN (2002) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

INGERSOLL, G.; McINTOSH, E.; WILLIAMS, M. (2000) – *Nurse – sensitive Outcomes of advanced practice*; Journal of Advanced Nursing. 32 (5), p. 1272 - 1281

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (IQS) (2006) – *Projectos*. On line: http://www.iqs.pt em 22-05-2006

IOM (2004) – *Focus on crossing the quality chasm: The IOM health care quality initiative*. On line: http://www.iom.edu/focuson.asp?id=8089, em 01-05-2004

JENSDÓTTIR, A. B.; RANTZ, M.; HJALTADÓTTIR, I.; GUOMUNDSDÓTTIR, H.; ROOK, M.; GRANDO, V. (2003) – *International comparison of quality indicators in United States, Iceland and Canadian nursing facilities*, International Nursing Review. 50, p. 79 - 84

JESUS, H. (2004) - *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (1997) – *Nursing Outcomes Classification*, St. Louis: Mosby.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2000) – *Nursing Outcomes Classification – NOC* -, St. Louis: 2ª Ed, Mosby

JOINT COMMISSION (1989) – *Agenda for change – Characteristics of Clinical Indicators*; Quality Review Bulletin. 15 (11)

JONES, A.; CUSAK, G.; CHISHOLM, L. (2004) – *Patient Intensity in an Ambulatory*

Oncology Research Center: A step forward for the field of ambulatory care – Part II; Nursing Economics. 22 (3), p. 120 – 123

JONES, L. D. (1997) – *Building the information infrastructure required for managed care*; Image – The Journal of Nursing Scholarship. 29 (4), p. 377 – 382

JUNNOLA, T.; ERIKSSON, E.; SALANTERA, S.; LAURI, S. (*2002) – Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients nursing problems*; Journal of Clinical Nursing. 11, p. 186 - 196

KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.& MAJOR, F. (1994) – *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes

KUHN, K. A.; GIUSE, D.A.; BAKKER, A. R.; BALL, M. J.; GELL, G. (2001) – Challenges in Deploying Health Information Systems. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – *MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 1551

KULBOK, P.; GATES, M.; VICENZI, A.; SHULTZ, P. (1999) – *Focus on community: directions for nursing knowledge development*; Journal of Advanced Nursing. 29 (5), p. 1188 – 1196

KUNAVIKTIKUL, W.; ANDERS, R.; SRISUPHAN, W.; CHONTAWAN, R.; NUNTASUPAWAT, R.; PUMARPORN, O. (2001) – *Development of quality of nursing care in Thailand*; Journal of Advanced Nursing. 36 (6), p. 776 - 784

LAURI, S; SALANTERA, S. (1995) – *Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses*; Journal of Advanced Nursing. 21, p. 520 - 527

LEE, T. T.; LEE, T. Y.; LIN, K.; CHANG, P. (2005) – *Factors affecting the use of nursing information systems in Taiwan;* Journal of Advanced Nursing. 50 (2), p. 170 – 178

LEININGER, M., M. (1985) – *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando – Florida: Grune and Stratton

LEPROHON, J. (2001) – A qualidade dos cuidados de enfermagem. In ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

LORENZI, N. (2000) – *The cornerstones of medical informatics*; Journal of the American Medical Informatics. 7 (2), p. 204 –

LORRAINE, B. (1992) – *User's guide to 40 community health indicators*. Otawa: National Health Information Council

LOSEE, R. M. (1997) – *A Discipline Independent Definition of Information*; Journal of the

American Society for Information Science. 48 (3), p. 254 – 269

LUSSATO, B. (1995) – *Informação, comunicação e sistemas*. Lisboa: Dinalivro.

LYNN, S. E. (2002) – *The development of a time-based nursing information system in dermatology outpatients and day therapy areas*; Journal of Nursing Management. 10, p. 153 – 160

MAAS, M. L.; JOHNSON, M.; MOORHEAD, S. (1996) – *Classifying nursing-sensitive patient outcomes*; IMAGE – Journal of Nursing Scholarship. 28 (4), p. 295 – 301

MACHADO, P. A. (2001) – *Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários: contributos para um discurso mais rigoroso.* Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MAREK, K. D. (1997) – *Measuring the effectiveness of nursing care*; Outcomes Management for Nursing Practice. 1 (1), p. 8 - 12

MARIN, H. F.; RODRIGUES, R.; DELANEY, C.; NIELSEN, G. H.; YAN, J. (2001) – *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. Washington, DC: Pan American Health Organization

MARRINER, A. (1986) – *Nursing Theorists and their Work CV*. St Louis: Mosby

McCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. (2000) – Nursing Interventions Classification (NIC). St Loius: 3ª Ed, Mosby

McGARRY, K. (1984) – *Da documentação à informação: um conceito em evolução*. Lisboa: Editorial Presença

MELEIS, A I., SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. (2000) – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*; Advances in Nursing Science. September, p. 13 – 28

MELEIS, A. I. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins

MEZOMO, J., C. (2001) – *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo: Ed. Manole

MORRIS, J.; HAWES, C.; FRIES, B. (1990) – *Designing the National resident assessment instrument for nursing homes*; Gerontologist. 30 (3), p. 293 - 307

MORTENSEN, R: (1996) – *International Classification for Nursing for Nursing Practice with Telenurse Introduction*. Amsterdam: IOS Press

NANDA (1995) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NANDA (1998) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 1997 - 1998*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NANDA (2003) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2003 - 2004*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NCNR (1998) – *Update to the working paper on nursing research priorities*. Unpublished paper, National Center for Nursing Research, National Institute of Health. On line: http://www.mih.gov/ninr/vol 4/Overview, chapeter 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. html em 21-05-1999

NEWMAN, M. A. (2002) – *The Pattern that connects*; Advances in Nursing Science. 24 (3), p. 1 – 7

NIGHTINGALE, F (1898) - *Notes on Nursing – What It Is, And What It Is Not*. New York : Appleton And Company

OPAS (2001) – *Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud*; Boletín Epidemiológico. 22 (4), p. 1 - 5

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Dezembro

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2003) – *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999 / 2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OZBOLT, J. (1998) – *From Minimum Data to Maximum Impact: Using Clinical Data Set to Strengthen Patient Care*. On line: http://cti.itc. Virginia.edu /~spf2j/707materials/ozbolt98.htm

PARK, M.; DELANEY, C.; MAAS, M.; REED, D. (2004) – *Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting*; Journal of Advanced Nursing. 47 (3), p. 329 -339

PARSE, R. R. (1999) – *Nursing Science: the transformation of practice*; Journal of Advanced Nursing. 30 (6), p. 1383 – 1387

PELLETIER, D.; DIERS, D. (2004) – *Developing Data for Practice and Management: an Australian Educational Initiative*; Computers, Informatics, Nursing. 22 (4), p. 197 - 202

PEREIRA, F. (2001) – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem.* Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de

enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PISCO, L.; RODRIGUES, J.; MINISTRO, L.; BISCAIA, J. L. (2005) – *MoniQuOr: Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*; 11 de Maio, Auditório da Universidade do Minho. On line: http://www.iqs.pt, em 02-06-05

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2002a) – *O Sistema de Informação de Saúde em Portugal: Situação actual e perspectivas*. On line: http://www.dgsaude.pt/Gdd/sal_13.html

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2002b) – *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2003) – *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para a elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2003) – *Plano Nacional de Saúde*. On line: http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf

RANTZ, M.; ZWYGART-STAUFFACHER, M.; POPEJOY, L.; GRANDO, V.; MEHR, D.; HICKS, L.; CONN, V.; WIPKE-TEVIS, D.; PORTER, R.; BOSTICK, J.; MAAS, M. (1999) – *Nursing Home Care Quality: A Multidimensional Theoretical Model Integrating The Views of Consumers and Providers*; Journal of Nursing Care Quality. 14 (1), p. 16 - 37

RICHARDSON, J.; BEDARD, M.; WEARVER, B. (2001) – *Changes in physical functioning in institutionalised older adults*; Disability and rehabilitation. 23 (15), p. 683 – 689

ROACH, S. (1987) – *The Human Act of Caring.* Ottawa: The Canadian Hospital Association

ROSS, D. (1998) – *Results of NAON`s nursing diagnosis survey: A contribution to nursing's minimum data set*; Orthopedic Nursing. Sep/Oct, p. 22 - 27

SABA, V. K.; McCORMICK, K. A. (1996) – *Essentials of Computers for Nurses*. New York: McGraw-Hill

SERMEUS, W.; DELESIE, L.; VANLANDUYT, J.; WUYTS, Y.; VANDEN BOER, G.; MANNA, M. (1994) – *The Nursing Minimum Data Set in Belgium: A basic tool for the tomorrow's healthcare management. Ministry of Public Health Environment.* Leuven*:* Centre for Health Services Research, Katholieke Universiteit

SHAMIAN, J.; NAGLE, L.; CATT, M. (1997) – Health-Related Outcomes Management: Moving Forward Standing Still. In GERDIN, U.; WAINWRIGHT, P.; TALLBERG, M. – *Nursing Informatics' 97, The Impact of Nursing Knowledge and Health Care Informatics*.

Amsterdam: IOS Press, p. 99 – 104

SILVA, A. (1995) – *Registos de enfermagem: da tradição Scripto ao discurso Informo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, M. (2000) – *Capacidade e Disposição para o pensamento crítico em enfermagem. Adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, M. C. & ROTHBART, D. (1984) – *An analysis of changing trends in philosophies of science of nursing: Theory development and testing;* Advances in Nursing Science. 6, p. 260 –270

SIMPSON, R. (1995) – *Ammunition in the Boardroom: The Clinical Nursing Data Set*; Nursing Management. 26 (6), p. 16 – 17

SIMPSON, R. (1998) – *A NIDSEC Primer: Part 1 – Setting the standards*; Nursing Management. 29 (1), p. 49 – 50

SOUSA, P. (2005) – *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

SPILSBURY, K.; MEYER, J. (2001) – *Defining nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles*; Journal of Clinical Nursing. 10, p. 3 - 14

STANCLIFFE, R. (2002) – *Provision of residential services for people with intellectual disability in Australia: an international comparison*; Journal of Intellectual & Developmental disability. 27 (2), p. 117 – 124

TAYLOR, H. (2003) – *An exploration of the factors that affect nurses` record keeping*; British Journal of Nursing, 12 (12), p. 751 – 758

TIMMONS, S. (2003) – *Nurses resisting information technology*; Nursing Inquiry. 10, p. 257 – 269

TOLLEY K. A. (1995) – *Theory from practice for practice: is this reality?;* Journal of Advanced Nursing. 21, p. 184 – 190

TURTIAINEN, A.; KINNUNEN, J.; SERMEUS, W.; NYBERG, T. (2001) – *The cross-cultural adaptation of the Belgium Nursing Minimum Data Set to Finnish nursing*. Journal of Nursing Management. 8 (5), p. 281 - 291

VASSAR, J. A.; LIN, B.; PLANCHOCK, N. (1999) - *Nursing information systems: A survey of current practices;* Topics in Health Information Management. 20 (1), p. 58 – 65

VINCENZI, A. E. (1994) – *Chaos theory and some nursing considerations*, Nursing Science Quarterly. 7 (1), p. 36 –42

VISINTAINER, M. A. (1986) – *The nature of knowledge and theory in nursing*; Journal of Nursing Scholarship. 18, p. 32 – 38

VOLRATHONGCHAI, K.; DELANEY, C. W.; PHUPHAIBUL, R. (2003) – *Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand*; Journal of Advanced Nursing. 43 (6), p. 588 - 594

WALKER, L. O. & AVANT, K. O. (1988) – *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Norwalk Connecticut: 2ª Ed., Appleton & Lange

WATSON, J. (1981) – *Nursing `s scientific quest*, Nursing Outlook. 29 (1), p. 413 – 416

WATSON, J. (1995) – *Postmodernism and knowledge development in nursing*, Nursing Science Quarterly. 8 (2), p. 60 – 64

WATSON, J.; SMITH, M. C. (2002) – *Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development*; Journal of Advanced Nursing. 37 (5), p. 452 – 461

WERLEY, H; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. (1991) – *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*; AJPH. 81 (4), p. 421 - 426

WINTERS, J.; BALLOU, K. A. (2004) – *The idea of nursing science*, Journal of Advanced Nursing. 45 (5), p. 533 – 535

ZORRINHO, C. (1999) – *O mundo virtual: Cadernos de Gestão dos Sistemas e Tecnologias da Informação Henrique Marcelino, n.º 7 (Março)*. Amadora: Instituto de Informática

2 Enquadramento metodológico

Neste capítulo pretendemos apresentar e discutir as opções metodológicas que fizemos, tendo em consideração a finalidade e as perguntas de partida do estudo. Na estrutura deste capítulo destacam-se três partes principais. Em primeiro lugar, abordamos as questões relativas ao paradigma que orienta a investigação. Assim, exploramos as influências que a perspectiva construtivista teve sobre os aspectos ontológicos, epistemológicos e metodológicos da investigação. Na primeira parte abrimos, ainda, a discussão acerca das questões do rigor e validade do estudo, que decorrem do paradigma que o conduz.

A segunda e terceira parte deste capítulo têm por intenção abordar os aspectos metodológicos que guiaram as duas fases do estudo. Para isso, da apresentação dos objectivos de cada uma das fases do percurso de investigação, evoluímos na descrição dos dispositivos e meios utilizados na recolha dos dados, que sustentam a teorização produzida acerca do desenvolvimento e implementação de um modelo de agregação de dados de enfermagem que se mostre útil nos contextos de acção.

Ao colocarmos a discussão nestes termos, somos, por arrasto, confrontados com a necessidade de legitimar as nossas opções. Neste contexto, a primeira tendência é partir para um exercício de recrutamento de posições teóricas e epistemológicas que, por si só, se encarreguem de corroborar as nossas opções. Este tipo de exercício argumentativo não deixa de ser habitual nas produções científicas. Não queremos ir por aí... Mas estamos conscientes de que corremos esse risco. Contudo, o desafio é tão só revelar se, face ao que declaramos, os caminhos percorridos foram os mais adequados, tendo em vista a construção de um discurso capaz de responder às perguntas de que partimos.

2.1 Paradigma da investigação

A necessidade de clarificar o paradigma que ilumina a investigação é discutida de forma exemplar por Basto (1998). Esta autora parte do princípio de que *"os resultados de uma investigação serão diferentes, dependendo da forma de olhar a realidade"* (p. 23). Apesar da postura paradigmática que se pode inferir da afirmação de Basto, o que importa realçar é que uma determinada investigação, normalmente, ilumina apenas uma das faces do fenómeno, ficando outras por revelar. Daqui podemos vislumbrar o potencial que a triangulação de abordagens de investigação pode ter para o conhecimento mais diversificado de um mesmo fenómeno.

A definição de paradigma está intimamente associada ao filósofo e historiador das

ciências Thomas Kuhn. Um paradigma representa um conjunto de *"aspectos de uma disciplina que são partilhados pela sua comunidade científica"* (Kuhn, 1970, cit. por Meleis, 2005, p. 11). A proliferação de interpretações e sentidos atribuídos à definição de paradigma levaram Kuhn (1977) a introduzir um conceito mais abrangente – *Matriz disciplinar* – para significar o conjunto de *"... ordenações partilhadas pela comunidade académica, das generalizações simbólicas e dos modelos explicativos, relativos aos problemas e soluções de uma disciplina"* (Ibidem). No fundo, na perspectiva de Kuhn, um paradigma científico é um conjunto de valores, crenças, preposições, metodologias e instrumentos que, à partida, fundamentam o desenvolvimento das ciências.

Para Basto (1998) um paradigma científico é uma *"... forma de olhar o mundo, seguindo determinado modo de pensamento"* (p. 25). Todavia, em muitos domínios do saber, assistimos a largas discussões em torno das diferentes visões do mundo. Aqui; a clarificação do paradigma que vai iluminar o estudo visa explicitar o olhar que vai ser lançado sobre a realidade. Na grande maioria das situações, estas discussões podem ser tradutoras daquilo que Kuhn (cit. por Monti & Tigen, 1999) designa por "*fase"* em que se encontra a ciência.

Segundo Kuhn (cit. por Meleis, op. cit., p. 71 – 75) existem três fases características e bem definidas de desenvolvimento da ciência: a *fase pré-paradigmática*, a *fase de ciência normal* e a *fase de transformação*. A fase pré-paradigmática ou de proto-ciência é caracterizada por um debate aceso entre os membros da comunidade científica acerca da natureza da disciplina e da adequação dos diferentes métodos para o desenvolvimento do seu conhecimento. O período de ciência normal tem como marca a aceitação e prevalência de uma teoria sobre todos as outras. Kuhn sustenta que o desenvolvimento das ciências não se faz de forma cumulativa e pacífica, antes através de revoluções. Neste sentido, mesmo na fase de ciência normal, existem períodos de competição entre diferentes paradigmas e teorias que são ultrapassados pela substituição de um paradigma por outro. Estes períodos de transformação tendem, assim, para novos períodos de ciência normal.

Na *"Teoria da revolução"* de Kuhn *"a competição entre paradigmas não envolve colaboração entre eles; pelo contrário, um prevalece pela destruição dos outros"* (Idem, p. 71 – 72). De acordo com Meleis (Idem) e Monti & Tingen (op. cit.), dada a proliferação de diferentes visões paradigmáticas em enfermagem e tendo presente as posições de Kuhn, é natural que muitos considerem a ciência de enfermagem numa fase pré-paradigmática. No entanto, é provável, que à semelhança de outras ciências humanas, a enfermagem nunca experimente uma fase de prevalência de um paradigma sobre todos os outros. Whittemore (1999) defende que as posições de Kuhn são mais adequadas para a

explicação da evolução das ciências ditas naturais.

Uma segunda abordagem que nos ajuda a compreender o desenvolvimento das disciplinas e a influência que os diferentes paradigmas exercem sobre elas é proposta por Toulmin (1972, cit. por Meleis, 2005). Esta perspectiva, designada por *"Teoria da evolução"*, baseia-se nos pressupostos de Darwin para explicar o desenvolvimento das ciências. Aqui, a evolução denota uma lógica lenta, gradual e contínua de acumulação de mudanças adaptativas e discretas nos paradigmas científicos, por oposição a uma lógica de revolução proposta por Kuhn. Segundo Meleis (Idem), a disciplina de enfermagem não tem seguido o padrão definido por Toulmin, na medida em que se têm verificado movimentos de avanços, recuos e, até mesmo crises. Por outro lado, o princípio de Toulmin de que a investigação é sempre baseada nas teorias preexistentes, não se tem verificado, dada a natureza da enfermagem.

Neste contexto, Meleis propõe aquilo que se pode designar por *"Teoria da integração"* (Idem, p. 77 – 80) para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Com base num consenso em torno das áreas essenciais que caracterizam o domínio da enfermagem, diferentes visões paradigmáticas têm contribuído para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, não numa lógica de competição ou adaptação, mas numa perspectiva de colaboração, em busca da diversidade que caracteriza os fenómenos de interesse da disciplina. Esta visão integradora é mais consistente com a natureza da ciência de enfermagem, enquanto ciência humana do cuidar, orientada para a prática e promotora da saúde. A existência de múltiplos paradigmas em enfermagem traduz uma ciência prometedora e activa, capaz de se focalizar no estudo multifacetado dos seus fenómenos de interesse, e menos em discussões – atrevemo-nos a dizer: estéreis – acerca de qual o melhor paradigma para a disciplina.

É no enquadramento exposto no parágrafo anterior que começamos a assistir, no seio da comunidade de enfermagem, a posições que advogam as vantagens da existência de sinergias entre os múltiplos paradigmas e teorias de enfermagem, em oposição a uma lógica de competição entre eles (Monti & Tingen, 1999; Witthemore, 1999; Watson & Smith, 2001; Evers, 2003; Winters & Ballou, 2004).

Na linha daquilo que nos era proposto por Basto (1998), Monti & Tingen (op. cit.) sustentam que as reflexões acerca dos paradigmas associados à ciência de enfermagem são importantes, não só para responder às grandes questões da disciplina, mas também para nos ajudar a compreender a forma como se faz ciência. A mesma visão é partilhada por Guba & Lincoln (1994) ao defenderem que os paradigmas nos ajudam a perceber a natureza da realidade investigada – pólo ontológico –, os modelos de interacção entre o

investigador e o investigado – pólo epistemológico –, e as formas como se realiza a aproximação à realidade – pólo metodológico e técnico.

O estudo que nos propusemos realizar fundou-se na intenção de desenvolver um modelo de agregação e gestão de dados de enfermagem capaz de ser útil no contexto de acção das práticas, pela produção de recursos informacionais promotores da consolidação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Admitimos que a definição e implementação de tal modelo deveria ser consonante com a realidade dos SIE em uso nos diferentes contextos, sob pena de não ser útil. Por outro lado, partimos para esta investigação tendo por base aquilo que foram estudos anteriores desenvolvidos na área e nos mesmos contextos de acção (Sousa et al., 1999; Silva, 2001; Sousa, 2005).

Na sequência do exposto no parágrafo anterior, adoptamos um paradigma construtivista para dirigir a investigação. A nossa filiação nesta linha justifica que, para além da investigação propriamente dita, o percurso que desenvolvemos tenha tido uma preocupação de Desenvolvimento (I&**D**), o que implicou a participação de entidades interessadas nos resultados do estudo, como é o caso da ARS do Norte e do IGIF.

O paradigma construtivista tem as suas origens em Immanuel Kant (1724 – 1804). Este filósofo operou uma mudança significativa na forma de compreender a realidade, defendendo que a realidade para além de algo em si mesmo, é também, à luz do entendimento humano, uma construção. A *"coisa em si mesmo",* segundo Kant, não conseguimos conhecer, e o que conhecemos, conhecemos por necessidade. Esta visão construtivista do conhecimento coloca em evidência o papel daquele que pretende conhecer, não como um sujeito passivo, exterior à realidade, mas alguém que constrói uma interpretação da realidade, interpretação que lhe procura ser útil.

A adopção da abordagem construtivista para este estudo baseou-se no facto de a realidade a ser estudada ser uma construção do entendimento (quer do investigador, quer dos participantes), num determinado conjunto de circunstâncias envolventes. Neste quadro, a construção do conhecimento acerca de um modelo de agregação de dados de enfermagem que possa ser útil, não pode ser um mero exercício de importação ou testagem de teorias já existentes, antes um trabalho de clarificação da construção colectiva que emerge num determinado contexto. Quer isto dizer que, aquilo a que temos acesso acerca da realidade traduz um conjunto de influências que factores históricos, sociais, políticos, profissionais e académicos exercem sobre as construções que os sujeitos fazem da realidade. Assumimos que aquilo que pode ser conhecido acerca da realidade são as construções que os sujeitos intervenientes no estudo fazem dessa

mesma realidade.

Dada a natureza daquilo que pode ser conhecido da realidade, do ponto de vista epistemológico, assumimos que o investigador está, de forma consciente, subjectiva e interactivamente envolvido com aquilo que pretende conhecer. Na realidade, quando partimos para este tipo de abordagem reconhecemos a *"... intimidade do relacionamento entre o investigador e o que é estudado..."* (Denzin & Lincoln, 1994, p.4), uma vez que as perspectivas interpretativas ou construtivistas consistem em interagir com as pessoas, através da sua linguagem, numa permanente proximidade centrada na construção de sentidos.

Em termos metodológicos, o paradigma construtivista, segundo Guba & Lincoln (1994), caracteriza-se por estratégias de procura e construção do conhecimento baseadas numa dialéctica de análise comparativa e iterativa com os dados que vão emergindo, fundamentalmente, a partir das perspectivas dos participantes. Neste quadro, *"... a atenção dos investigadores incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos"* (Fortin, 1999, p. 149).

A construção de soluções e entendimentos consensuais, informados e baseados nas condições ecológicas dos contextos de acção dos sujeitos são, para Guba & Lincoln (op. cit.), elementos metodológicos essenciais do construtivismo. É neste enquadramento que focalizamos este percurso de investigação na utilização de metodologias orientadas para a construção de consensos. Com efeito, sem consensos, seria muito difícil viabilizar um modelo de agregação de dados que se revelasse útil para as práticas.

Os consensos que esta investigação procurou orientaram-se para a definição de *"um modelo"* de agregação de dados de enfermagem que tivesse significado no contexto onde foi desenvolvido. Assim, devemos sublinhar que as questões relativas à validade dos estudos orientados pelo paradigma construtivista se jogam na possibilidade de serem reproduzidas réplicas, na assunção do envolvimento do investigador com a realidade a ser estuda e na validade dos resultados para os sujeitos envolvidos no estudo (Basto, 1998).

Em síntese, este estudo visa a produção de conhecimento que é resultado das construções específicas e locais da realidade, num plano de envolvimento activo e intencional do investigador com os participantes, lançando mão de dispositivos metodológicos orientados para a arquitectura de consensos baseados nas condições ecológicas e diversidade dos participantes e dos seus contextos de acção.

2.2 Da primeira parte do estudo

A primeira fase do estudo foi guiada por duas questões de partida, uma orientada para a definição dos propósitos que o modelo de agregação de dados deve servir e a outra, para a definição do conjunto mínimo de dados de enfermagem que viabilizasse aqueles propósitos. Esta fase decorreu entre Janeiro de 2003 e Outubro de 2004.

Os dispositivos metodológicos utilizados nesta fase do estudo foram determinados por aquilo que pesquisas anteriores, centradas nos mesmos objectivos, revelaram ser adequado e pela nossa intenção em proceder ao desenvolvimento de um modelo de agregação de dados de enfermagem que partisse das realidades locais, para as quais pretendia ser útil. Por tudo isto, recorremos a dispositivos metodológicos que, para além da "mera" produção de consensos, permitissem compreender em profundidade e na perspectiva dos envolvidos, os elementos e factores intervenientes no processo de definição e implementação daquele modelo.

2.2.1 Objectivos

Os objectivos definidos para a primeira fase do estudo articulam-se naturalmente com as perguntas de partida que apresentamos anteriormente. Assim, tivemos como objectivos para a primeira parte do estudo:

- Definir os propósitos que o modelo de agregação de dados deve servir;
- Identificar os focos de atenção da prática profissional dos enfermeiros mais sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Definir a natureza das sínteses informativas que derivam dos propósitos do modelo de agregação de dados;
- Desenhar um modelo que sustente a produção das sínteses informativas consideradas necessárias;
- Definir a estrutura substantiva do RMDE.

Estes objectivos ajudam-nos a precisar a orientação que a investigação seguiu nesta primeira fase.

2.2.2 Definição dos propósitos, conteúdos e modelo de RMDE

A definição e clarificação dos propósitos ou finalidades que sustentam a implementação de RMDE, constitui o aspecto central que urge considerar ao iniciar um projecto desta natureza. Na exploração teórica acerca dos RMDE, vimos que os propósitos associados à sua implementação eram variados, bem como o conjunto de dados recolhido de forma

sistemática. Constatamos que os modelos em uso internacionalmente visavam finalidades muito precisas, as quais eram fruto de um conjunto de circunstâncias locais, concretas e contextualizadas (Goossen, 2000b). Isto significa que os propósitos definidos para um determinado modelo de agregação de dados vão influenciar, decisivamente, quer os seus conteúdos, quer a lógica de agregação e síntese dos dados.

Foi este enquadramento que esteve presente durante toda a primeira fase deste projecto de investigação, o que nos conduziu para a procura de consensos acerca da grande questão associada à definição dos propósitos, conteúdos e modelo de agregação de dados: um RMDE para quê?

2.2.3 Os consensos como marca da investigação

O recurso a dispositivos metodológicos orientados para a produção de consensos constitui um traço identitário dos processos de desenvolvimento e definição de RMDE. A utilização de abordagens do tipo Grupos de discussão, Painéis de peritos e Estudos de Delphi tem-se revelado útil para os investigadores que se ocupam da problemática dos modelos de gestão e agregação de dados de enfermagem (Huber et al., 1992; Ross, 1998; Goossen et al., 2000; Turtiainen et al., 2001; Volrathongchai et al., 2003; Bean, 2005).

A investigação que actualmente se realiza tendo por horizonte a produção de consensos, a partir das interacções e opiniões dos indivíduos nos grupos, são muito influenciadas pelos trabalhos de Kurt Lewin (cit. por Moscovici & Doise, 1994). Lewin, tido como o pai da Investigação – Acção, tornou evidentes os contributos que as pessoas podem dar para a construção de soluções que as impliquem ou afectem. Na linha do pensamento de Lewin, para que as soluções encontradas e os consensos produzidos sejam significativos, deve ser possível uma partilha de pontos de vista entre os indivíduos, num quadro em que se evitem constrangimentos hierárquicos ou de supremacia de determinadas opiniões. Estes princípios, derivados da investigação – acção, fomentam a emergência de maior subjectividade individual, a qual constitui uma mais-valia para as construções colectivas.

A respeito do envolvimento e participação dos indivíduos nos processos de decisão que os envolvem, Silva (2001) diz-nos que *"... as inferências causais acerca dos fenómenos que envolvem comportamentos humanos, são provavelmente mais válidas e representativas quando as pessoas em questão participam na sua construção e avaliação"* (p. 57). Daqui, Silva (Idem) salienta o papel que a investigação – acção e as suas proposições podem ter no domínio das pesquisas sobre sistemas de informação relativos às práticas de enfermagem.

Para efeitos do nosso projecto de investigação, a produção de consensos alicerça a sua razão de ser, não na produção de acordos a todo o custo, mas no envolvimento e participação dos diferentes actores na construção de soluções que lhes possam ser úteis. Desta forma, o consenso é colocado muito para além do puro acordo ou adesão a uma opinião, significando, antes de mais, que tudo pode e deve ser discutido, de forma a desenhar ideias coerentes.

Em investigação, o consenso representa o resultado de um processo de interacção grupal, presencial ou anónimo, em que os participantes têm oportunidade de trocar informação entre si sobre o assunto em estudo. Os consensos são tidos como *"... um produto de um contexto específico de interacção..."* (Scheele, 2002, p. 40). Ao conceber os consensos como produto da interacção, admite-se que nela uma realidade é partilhada, inicialmente a partir das formulações de cada participante, progredindo em termos de elaboração para uma formulação colectiva mais consistente.

O nível de envolvimento dos participantes nos processos de interacção joga um papel decisivo nos resultados obtidos. Assim, quando as trocas de argumentos são intensas ou a adesão aos processos significativa, em princípio, mais pertinentes serão os consensos produzidos. No entanto, a melhor forma de validar a qualidade dos consensos reside no significado e utilização dos seus resultados no contexto prático das actividades dos indivíduos (Moscovici & Doise, 1994).

Neste quadro, ao levarmos por diante um processo de definição de um modelo de agregação de dados de enfermagem, com base em metodologias que implicam a participação e envolvimento dos seus potenciais utilizadores e beneficiários, devemos considerar a qualidade dos consensos construídos a partir do significado que estes têm para os participantes e da sua utilização no contexto de acção das práticas de cuidados.

2.2.4 Contexto(s) da investigação

Neste ponto referimo-nos aos parceiros do projecto e às unidades de cuidados – hospitais e centros de saúde – que estiveram envolvidas na primeira parte do estudo. Tendo em consideração os dispositivos metodológicos utilizados nesta fase da investigação, colocamos em relevo os contextos de onde são provenientes os participantes do grupo de discussão e os participantes no estudo de Delphi.

Pelo facto do projecto de investigação ter por finalidade o desenvolvimento de um modelo de agregação de dados de enfermagem capaz de contribuir para a descrição dos contributos dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações, numa óptica de gestão da informação que está disponível nos SIE em uso; o IGIF – Porto foi considerado um parceiro estratégico para o projecto. Esta parceria filia-se na linha daquilo que tem

sido a história de colaboração da unidade de investigação a que pertencemos com aquele Instituto do Ministério da Saúde. Desde o início que foi nossa intenção incorporar, nos SIE existentes na RIS (SAPE – Hospital e SAPE – Centro de saúde), o modelo de agregação de dados de enfermagem a definir. Daqui decorre, que as unidades participantes no estudo deveriam, em primeiro lugar, utilizar a RIS e, por outro lado, julgamos oportuno optimizar os contextos de cuidados que já utilizassem o SAPE[2].

Neste cenário, foram estabelecidos contactos com o IGIF – Porto, durante a fase de desenho deste estudo. Destes contactos resultou a parceria a que já aludimos e a clarificação do pressuposto de que, a incorporação do modelo de agregação de dados nos SIE disponíveis na RIS seria responsabilidade daquele organismo do Ministério da Saúde. Nesta parceria, o IGIF assumiu, ainda, a responsabilidade pela disponibilização dos dados relativos aos clientes, necessários à concretização da segunda fase do estudo, naturalmente sob autorização de cada uma das unidades.

A ARS do Norte foi outro parceiro estratégico que facilitou o decurso deste projecto de investigação. A participação da ARS do Norte neste estudo fundamenta-se em quatro aspectos.

Em primeiro lugar, devemos considerar o papel pioneiro que a ARS do Norte teve ao vislumbrar a necessidade de evoluir na definição de SIE. Em Portugal, o primeiro trabalho de reformulação dos SIE em uso nos centros de saúde, tendo em vista a integração das características associadas aos SIE do tipo II (Silva, 2001), foi levado a cabo por Sousa e colaboradores (1999), no quadro daquela Administração Regional de Saúde, em três centros de saúde do distrito de Vila Real.

Fruto do conhecimento produzido com o trabalho de Sousa e colaboradores (op. cit.), começamos a assistir à expressão da necessidade de optimização da gestão da informação relativa aos cuidados de enfermagem, por parte da ARS do Norte. A expressão desta necessidade também era resultado de alguma insatisfação com a informação relativa ao exercício profissional dos enfermeiros, que à data estava disponível.

O envolvimento activo que aquela ARS teve, desde 2000, na dinamização de projectos de (re)engenharia dos SIE, atestado pela constituição da maior bolsa de formadores na área, conferiu-lhe um *know-how* importante sobre a problemática. Este *know-how*

---

[2] O SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – representa a designação atribuída pelo IGIF ao SIE do tipo II que resultou dos trabalhos de Sousa e colaboradores (1999), para a realidade dos Centros de Saúde, e Silva (2001), para o contexto dos Hospitais. Recomenda-se a leitura das referências a este tipo de Sistema de Informação no capítulo 1, ponto 1. 1. 2.

representa, fundamentalmente, o conhecimento profundo e baseado na prática que muitos enfermeiros detêm sobre a área da informática em enfermagem e dos seus desafios. Sem dúvida, que ao partirmos para um projecto de desenvolvimento de um modelo de agregação de dados de enfermagem, deveríamos trazer para as discussões todo este capital humano.

Por último, desde o primeiro momento que reconhecíamos à ARS do Norte a capacidade de dinamizar e facilitar as condições necessárias à concretização do projecto, em particular naquilo que se refere ao funcionamento do grupo de discussão. Aqui, não podemos esquecer o papel de coordenação de toda a acção das unidades de saúde que as ARS desempenham, uma vez que são, à escala regional, a extensão do Ministério da Saúde.

Assim, a primeira fase do projecto decorreu no quadro da ARS do Norte, envolvendo todas as cinco SRS – Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real – que dependem daquela ARS. Procuramos incluir no estudo, pelo menos, um Hospital e um Centro de Saúde, de cada uma das SRS.

Tentamos incluir no conjunto de unidades e serviços participantes do projecto realidades com SIE do tipo II, independentemente do suporte utilizado (papel ou TIC dentro do quadro da RIS), bem como contextos com SIE do tipo I, sem experiência de utilização de classificações e terminologias de enfermagem. Admitíamos que seria interessante, para efeitos do processo de teorização acerca da definição e implementação de modelos de agregação de dados em larga escala, a análise de realidades que, em muitos aspectos, eram praticamente contrastantes, mas tradutoras do panorama regional e nacional. Desta forma, procuramos aumentar as nossas possibilidades de uma compreensão mais ampla do problema em estudo.

A inclusão de cada serviço hospitalar e cada um dos centros de saúde no projecto resultou da expressão do seu interesse em participar, após uma ronda de contactos estabelecidos localmente pelo investigador, no sentido de apresentar o projecto e os compromissos que lhe estavam subjacentes. A grande maioria dos serviços hospitalares e centros de saúde incluídos nesta ronda de contactos expressaram o seu interesse em participar no projecto. Aqueles que na altura não mostraram disponibilidade, fundamentaram a sua decisão na morosidade do percurso e no envolvimento noutros projectos. Este tipo de contingência, impediu-nos de ter a colaboração de hospitais da SRS de Bragança neste estudo.

Em síntese, estiveram envolvidos na primeira fase do projecto sete Hospitais e dez centros de saúde. Os centros de saúde, dada a dimensão de algumas das suas

extensões, como é o caso de Guimarães, ou a lógica de organização em Unidades de Saúde Familiar, no caso da ULS Matosinhos, representam dezoito realidades distintas.

Quadro VIII – Centros de Saúde envolvidos na primeira fase do estudo, por SRS, tipo e suporte do SIE em uso no início do projecto

SRS	CS	SIE	Suporte do SIE
Braga	*Guimarães*	*Tipo I*	*Papel*
Bragança	*Mogadouro*	*Tipo I*	*Papel*
	Vimioso	*Tipo I*	*Papel*
Porto	*Stº Tirso*	*Tipo II*	*Papel*
	ULS Matosinhos	*Tipo II*	*Electrónico*
Viana Castelo	*Arcos Valdevez*	*Tipo I*	*Papel*
Vila Real	*Murça*	*Tipo II*	*Papel*
	Ribeira Pena	*Tipo II*	*Papel*
	Stª Marta Penaguião	*Tipo II*	*Papel*
	Vila Pouca Aguiar	*Tipo II*	*Papel*

Os centros de saúde envolvidos na primeira fase do projecto utilizavam maioritariamente SIE em suporte de papel, tendo os contextos da SRS do Porto e Vila Real SIE do tipo II em uso. Os centros de saúde da ULS de Matosinhos eram os únicos que utilizavam SIE do tipo II em suporte electrónico.

O conjunto de centros de saúde apresentados tem características distintas, as quais são determinadas pelas condições socio-demográficas dos meios em que estão inseridos. Enquanto que, por exemplo, as USF de Matosinhos se inscrevem num meio urbano, os centros de saúde da SRS Bragança ou Vila Real estão inseridos em meios rurais. Por seu turno, o centro de saúde de Guimarães e as suas extensões têm uma grande dimensão, enquanto que o centro de saúde de Vimioso está inserido num concelho rural muito pequeno.

Os 10 hospitais envolvidos nesta fase do estudo representam 24 serviços.

Quadro IX – Hospitais envolvidos na primeira fase do estudo, por SRS, tipo e suporte do SIE no início do projecto

SRS	Hospital	SIE	Suporte do SIE	N.º Serviços participantes
Braga	*H. S. Marcos - Braga*	*Tipo II*	*Electrónico*	*2*
	H. Stª Maria Maior - Barcelos	*Tipo II*	*Papel*	*8*
Porto	*H. Padre Américo - Penafiel*	*Tipo II*	*Electrónico*	*7*
	H. Pedro Hispano - Matosinhos	*Tipo II*	*Electrónico*	*2*
	H. S. João - Porto	*Tipo II*	*Electrónico*	*1*
Viana Castelo	*H. Viana do Castelo*	*Tipo II*	*Electrónico*	*3*
Vila Real	*H. Chaves*	*Tipo II*	*Papel*	*1*

Todos os serviços hospitalares que participaram na primeira parte do estudo utilizavam SIE do tipo II. Apenas os serviços do Hospital de Barcelos e a cirurgia do Hospital de

Chaves tinham o papel como suporte dos seus SIE. Em Barcelos, à data de início do estudo, estavam em curso as actividades inerentes à substituição do suporte de papel pelo electrónico. Nos vinte e dois serviços hospitalares estavam representados serviços de cirurgia e especialidades cirúrgicas, medicina e suas especialidades, ortopedia, obstetrícia e ginecologia, pediatria e neonatologia, serviços de urgência e unidades de cuidados intensivos de adultos (Quadro IX).

Julgamos que este conjunto de centros de saúde e serviços hospitalares constituíram um contexto com suficiente abrangência para nos auxiliar na compreensão do problema em estudo.

Clarificado o contexto onde decorreu a primeira parte do estudo, importa evoluirmos na descrição dos dispositivos metodológicos utilizados na recolha dos dados necessários à concretização dos objectivos declarados para esta fase do estudo e, por consequência, à construção de um discurso de resposta às perguntas de partida.

2.2.5 Recolha de dados

A estratégia metodológica que julgamos adequada à produção de um discurso de resposta às perguntas de investigação orientadoras desta fase da investigação está fundada na triangulação de métodos, quer de cariz qualitativo – O grupo de discussão –, quer de cariz quantitativo – Estudo de Delphi.

O carácter triangulado que adoptamos nesta fase da investigação não foi ditado por qualquer inscrição no dualismo quantitativo / qualitativo, mas pelo reconhecimento que, quer uma abordagem, quer outra, encerram em si potencialidades para produzir dados que nos auxiliam na compreensão da problemática. Como já tivemos oportunidade de notar anteriormente, esta lógica de triangulação tem sido muito utilizada em estudos semelhantes. Ao falarmos em triangulação referimo-nos à estratégia que *"... reflecte um esforço para assegurar uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão"* (Denzin & Lincoln, 1994, p. 2).

Apesar de assistirmos a debates acesos acerca da dicotomia e incompatibilidade paradigmática entre a abordagem qualitativa e a abordagem quantitativa, colocamo-nos ao lado daqueles que *"... acreditam que muitas áreas de indagação podem ser enriquecidas, através da mistura criteriosa de dados qualitativos e quantitativos..."* (Polit & Hungler, 1995, p. 277).

Os critérios que estiveram presentes na nossa decisão de utilizar, de forma combinada, o grupo de discussão e o estudo de Delphi, foram a complementaridade e a incrementalidade e muito menos, a validade realçada (Idem). O cruzamento dos grupos de discussão com outros métodos de investigação é uma realidade com grande potencial

destacada por Kitzinger (1995), Gibbs (1997) e Morgan (1998).

Nesta fase da investigação, o grupo de discussão foi sempre considerado o núcleo do trabalho de compreensão da problemática em estudo. O recurso a uma abordagem do tipo Delphi teve por intenção a recolha de material que fosse capaz de "nutrir" as discussões empreendidas no grupo. Neste cenário, os dados resultantes da abordagem de Delphi não procuraram confirmar ou refutar aquilo que foi sendo induzido a partir da análise do material do grupo de discussão. A intenção foi complementar e incrementar a dinâmica do grupo com dados provenientes de outras fontes.

2.2.5.1 O Grupo de Discussão

Na literatura disponível, frequentemente são utilizadas as expressões *"Grupo focal"*, *"Grupo focal de discussão"* e *"Grupo de discussão"* como equivalentes, o que é um facto. A expressão original, *"Focus group",* tem como berço as ciências sociais e foi proposta pela primeira vez em 1956 por Merton, reputado investigador social Norte – Americano. Originalmente, esta expressão queria significar uma entrevista de grupo muito orientada para um determinado assunto. Pelo facto de serem dinâmicas de grupo muito focalizadas é legítimo designá-las por *"Grupos focais"* (Ressel, Gualda e Gonzalez, 2002, p. 2). Todavia, são habituais designações do tipo *"Grupo de discussão",* para enfatizar a interacção e a discussão profunda que procuram (Kitzinger, 1994; Webb & Kevern, 2001).

Esta estratégia metodológica enquadra-se no espírito das abordagens de cariz qualitativo em que, conscientemente, o investigador interage e interfere com os participantes na procura dos seus significados profundos e pontos de vista (Kitzinger, 1995; Morse & Field, 1998; Powell & Single, 1996). Dada a sua filiação epistemológica, os grupos de discussão, num quadro de *"... exploração e descoberta, num contexto profundo de interpretação",* procuram compreender *"... aquilo que fundamenta as opiniões das pessoas e as suas experiências..."* (Morgan, op. cit., p. 12), a partir da riqueza das discussões que geram.

Importa desde logo, e a respeito dos grupos de discussão, estabelecer as diferenças substantivas desta abordagem com outra amplamente utilizada em pesquisas deste tipo: as entrevistas de grupo. Enquanto que as entrevistas de grupo assentam numa dinâmica de perguntas e respostas, os grupos de discussão fundamentam-se, como vimos, na interacção que se gera colectivamente a partir de tópicos propostos pelo investigador e/ou participantes (Kitzinger, op. cit.; Morgan, 1997; 1998).

Os grupos de discussão podem ser definidos como *"... um grupo de indivíduos seleccionados e reunidos pelo investigador com o intuito de discutir e comentar, a partir da sua experiência e conhecimento pessoal, tópicos de interesse para a investigação."*

(Powell & Single, op. cit., p. 499).

No âmbito do nosso estudo pretendíamos, nesta primeira fase, definir os propósitos e a estrutura substantiva de um modelo de agregação de dados de enfermagem, através dos consensos gerados com base nas opiniões, experiências e expectativas dos seus potenciais utilizadores.

Ao consultarmos a literatura sobre metodologias que têm por objectivo a geração de consensos, verificamos que os grupos de discussão são sempre considerados com muitas reservas, tendo por horizonte aquele objectivo. Neste cenário, vale a pena questionarmos a adequação deste método face à finalidade do nosso estudo.

Morgan (1998) considera mesmo, os consensos, como um dos principais mitos associados aos grupos de discussão. Segundo este autor, se o objectivo da investigação for, independentemente da compreensão das diversidades, dos factores ecológicos que envolvem os indivíduos e das suas próprias dúvidas e expectativas, exclusivamente gerar consensos; então o melhor é esquecer os grupos de discussão. Na realidade, existem métodos que são muito mais eficazes, com menor consumo de recursos e tempo, na geração de consensos. Os *grupos de decisão* ou *os grupos nominais* são apresentados por Morgan (Idem) como alternativas mais válidas na geração rápida de consensos. Por exemplo, no grupo nominal, o consenso é obtido sem interacção entre os participantes; cada um apresenta individualmente as suas ideias, para posterior votação. O consenso corresponde às ideias mais votadas. Esta lógica de funcionamento, sem interacção, partilha de opiniões, dúvidas e expectativas impede aquilo que Ressel, Gualda & Gonzalez (2002) designam como a *"... construção de um conhecimento colectivo do grupo"* (p. 3). É neste paradigma construtivista que colocamos o nosso estudo.

Quando os participantes têm consciência do interesse genuíno que a equipa de investigação tem em aprender com a grande amplitude das suas experiências, conhecimentos e sentimentos, então *"...é correcto dizer que os grupos de discussão podem gerar consensos"* (Morgan, op. cit, p. 50). Ao falar em equipa de investigação, Morgan inclui todos os participantes no grupo de discussão e os investigadores, propriamente ditos, numa lógica próxima da investigação – acção que tem origens no mesmo campo científico e no mesmo contexto histórico. Para além do mais, o potencial de mudança, individual e colectivo, associado aos grupos de discussão, é uma das razões pelas quais alguns autores colocam esta abordagem no âmbito das metodologias de *"investigação qualitativa para a acção"* (Race et al., 1994; Lewis, 1998) e para o desenvolvimento.

A utilização deste método de investigação em enfermagem tem sido crescente desde a

década de noventa, fundamentalmente em estudos centrados, naquilo que Webb & Kevern (2001) designam por: investigação na área da gestão em enfermagem. Esta categorização parece estar associada ao facto de muitos dos estudos que têm recorrido aos grupos de discussão serem orientados para a definição de programas de qualidade ou, mesmo, na área dos sistemas de informação. Independentemente das categorizações utilizadas, o potencial desta abordagem tem sido salientado para investigações filiadas em abordagens orientadas para a compreensão em profundidade das experiências, conhecimentos, sentimentos, crenças e expectativas das pessoas (Sim, 1998; Sloan, 1998).

2.2.5.1.1 Participantes

Normalmente, os grupos de discussão são constituídos por um número limitado de participantes para que a sua dinâmica interactiva seja optimizada. Podem ser "utilizadas" 10 a 15 ou mesmo 20 pessoas, cujas opiniões e experiências, dada a sua relevância, são solicitadas simultaneamente. Na literatura encontramos referências a grupos de discussão com 4 a 6 elementos. Contudo, o número de participantes é determinado pelos objectivos do estudo (Lewis, 1998). Ao desenhar o grupo, aquilo que o investigador deve ter presente é não correr o risco de colocar em causa o potencial de interacção entre os participantes.

No quadro desta investigação, o grupo de discussão funcionou como o núcleo e elemento aglutinador de todo o trabalho de produção de um discurso de resposta às questões relativas à primeira fase da investigação. A centralidade desta abordagem metodológica, na nossa opinião, radica na qualidade dos participantes que constituem o grupo, bem como no envolvimento e vinculação ao projecto que os mesmos demonstraram.

Há unanimidade ao sublinhar as qualidades que cada participante no grupo de discussão deve ter. Em primeiro lugar, destaca-se a necessária experiência e conhecimento acerca do(s) tópico(s) em análise; depois, a sua disponibilidade para se envolver activa e decididamente no trabalho e por último; a sua capacidade de comungar do desejo colectivo de construir as melhores soluções e ideias de que forem capazes.

Krueger & King, (1998) dizem-nos que o desafio é *"... encontrar participantes para o grupo de discussão que tenham o background e (...) as características específicas para o estudo"*, e que estes devem ser provenientes dos contextos da acção e aderirem livremente ao projecto, porque *"os voluntários têm credibilidade porque vêm da comunidade, falam a mesma linguagem, conhecem a cultura, e são reconhecidos"* (p. 52).

Dado o papel central que os participantes desempenham no grupo de discussão, uma

das limitações que pode estar associada a esta metodologia prende-se com o facto de *"nem sempre ser fácil identificar os participantes mais apropriados para o grupo de discussão"* (Gibbs, 1997, p. 4).

Na linha do exposto nos parágrafos anteriores, procuramos constituir um grupo de acordo com as orientações metodológicas e com a natureza do trabalho a desenvolver. Para isso, definimos um conjunto de critérios (não cumulativos) que os participantes deveriam preencher e recorremos aos conhecimentos que outros colegas tinham sobre as diferentes realidades locais, bem como ao capital que a ARS do Norte tinha constituído, fruto do seu envolvimento em processos de reformulação de SIE. Assim, na definição do grupo capaz de concretizar os objectivos que delineamos, procuramos:

- Enfermeiros do contexto de acção das práticas, de forma a retirar ao trabalho uma carga demasiadamente académica e conotada como "teórica";
- Enfermeiros que, pelo nosso conhecimento ou reconhecimento pelos pares, fossem altamente vinculados com a profissão, dinâmicos e com desejo de participar;
- Enfermeiros com experiência e conhecimento avançado na área dos Sistemas de Informação de Enfermagem;
- Enfermeiros com experiência na área da gestão e administração dos processos de cuidados e de processos de mudança.

Para além destes parâmetros, tivemos a preocupação de incluir no grupo enfermeiros da realidade hospitalar e enfermeiros provenientes dos cuidados de saúde primários, de todas as unidades de cuidados envolvidas nesta fase do estudo. Face ao exposto, se quiséssemos categorizar o conjunto dos participantes no grupo de discussão como uma amostra, poderíamos dizer que se tratava de uma amostra teórica e intencional (Polit & Hungler, 1995; Krueger, 1998a; Fortin, 1999).

A maior ou menor homogeneidade dos grupos é sempre uma questão relativa (Gibbs, 1997; Lewis, 1998), dependendo do ponto de vista em análise. No nosso caso, se tivermos em consideração a profissão, o nosso grupo é muito homogéneo, mas se o analisarmos sob o ponto de vista do local de trabalho, podemos dizer que temos um conjunto de participantes heterogéneo. Sob o ponto de vista da experiência profissional, os participantes são heterogéneos; existindo participantes com 20 a 25 anos de experiência e outros com apenas 5 ou 6. Quanto às funções e cargos desempenhados, existem participantes que ocupam cargos de gestão e administração, como Enfermeiro – Director ou Supervisor; cargos intermédios, como Enfermeiro – Chefe ou Especialista; e Enfermeiros de nível I, envolvidos na prestação directa de cuidados. A questão, como

vimos anteriormente, é encontrar e construir um grupo que responda às finalidades do trabalho a desenvolver. Foi isso que buscámos.

O grupo foi constituído por 24 enfermeiros, 11 dos centros de saúde e os restantes do contexto hospitalar. A partir do terceiro encontro tivemos uma desistência, a qual foi devida, segundo a participante, à sua dificuldade real em compatibilizar compromissos previamente assumidos, com aquele que o grupo de discussão representava, porque: *"... não é vir só para ouvir, como se fosse uma formação..."* (Notas de campo, Maio de 2003).

2.2.5.1.2 Construção e funcionamento

Uma das grandes questões que se coloca na utilização de grupos de discussão prende-se com a evolução de um conjunto de pessoas reunidas num determinado local, para um verdadeiro grupo que explora as suas interacções, conhecimentos e experiências, em função de determinados objectivos. No fundo, a questão é como se transforma o grupo numa equipa de investigação? Krueger & King (1998) dizem-nos que *"não basta passar-lhe a chamar equipa de investigação"* (p. 22).

O processo de formação de um verdadeiro grupo de discussão é explicado pelos princípios das teorias dos grupos. A força unificadora do conjunto de participantes está na definição, clarificação e incorporação por parte de cada membro, dos propósitos do trabalho a desenvolver. Normalmente, a formação do grupo passa por quatro fases típicas: *forming* (formação); *storming* (ebulição); *norming* (normalização); e *performing* (produção) (Idem).

Na fase de formação do grupo é importante que o investigador (principal) tenha a sensibilidade para deixar os participantes exteriorizarem os seus sentimentos e expectativas por estarem juntos e envolvidos numa determinada tarefa. Este período é muitas vezes considerado como período social (*ligth*) do grupo.

A etapa ebulição no grupo de discussão é frequentemente problemática, uma vez que corresponde à consciencialização das tarefas a desenvolver e das dificuldades que lhe são inerentes. Pode acontecer que alguns dos participantes abandonem o grupo, o que nos aconteceu, talvez porque:

> *"Isto não vai ser bem como nós poderíamos estar a pensar. Já viram a responsabilidade que nos está a ser pedida. Acho que temos que ter muito bom senso"* (Noto o ar preocupado da X).
>
> De forma abrupta reagiu Y*: "Se acharmos que não somos capazes devemos dizer desde já. Eu, por mim, fico e acho que somos capazes. Se não fosse assim, o Filipe não nos tinha convidado. Não temos que ter medo de nada. Não é assim, Filipe?*
>
> *"Acho que devemos ouvir o Filipe, afinal de contas ele é que nos meteu nisto. Mas também penso que somos capazes; agora a X tem alguma razão, isto*

> *não vai ser nada fácil. Vamos ver se não desiludimos as pessoas* (acentua o ar preocupado e atira, de forma veemente, a caneta para a mesa, à espera que eu diga alguma coisa).
>
> Grupo de discussão, Abril de 2003

Segundo Krueger & King (1998), este tipo de sentimentos são normais e esperáveis, o que exige da parte do investigador principal e coordenador algum trabalho de "*empowerment*" relativamente ao grupo.

Todos os grupos passam por uma fase de normalização da sua actividade, etapa em que emergem normas e regras de funcionamento que ajudam o grupo a estruturar-se. Apesar dos estatutos dos participantes, à partida serem todos iguais, começam a ser reconhecidas competências particulares aos diferentes elementos. A riqueza deste processo liga directamente com alguns aspectos circunstanciais, na medida em que, se os diferentes participantes reconhecerem o seu potencial e contributos para os trabalhos em determinados domínios, o seu envolvimento é maior, logo toda a dinâmica interactiva do grupo.

> *X - "Eu, como costumo dizer, não sou muito da CIPE®, mas acho que sei alguma coisa de quase vinte e cinco anos nos cuidados de saúde primários, ou como se diz agora, na enfermagem de família."*
>
> *Y - Sem dúvida que os conhecimentos de todos são fundamentais, eu só estava a tentar esclarecer a diferença entre aquilo que é a gestão do regime terapêutico e a auto – vigilância. Agora essa não é uma área que eu trabalhe no dia a dia num serviço de neonatologia. Para isso é que estão aqui pessoas com experiências tão diferentes e de áreas dos cuidados diferentes. Sem dúvida que aquilo que o X estava a dizer é que, independentemente de como é que isso se diz com a CIPE®, ensinar as pessoas sobre os tratamentos que devem fazer e sobre o despiste atempado de sinais que possam mostrar complicações, é uma área importante ao pensarmos na enfermagem nos centros de saúde."*
>
> Grupo discussão, Maio de 2003

A primazia da interacção entre os participantes, enquanto dinâmica essencial dos grupos de discussão, e a focalização nos objectivos são sinais que nos indicam o início da fase produtiva do grupo (Idem). Na mesma linha, segundo Sim (1998), a intensidade da interacção nos grupos de discussão pode ser avaliada *"... pelo número de indivíduos que se expressam, a intensidade ou ênfase (verbal e não verbal) dessas intervenções e o número de desacordos"* sobre determinado assunto.

A partir do Verão de 2003 (ultrapassada alguma da nossa insegurança), o grupo começou a revelar um envolvimento e focalização cada vez maior nos assuntos, o que nos exigiu o desenvolvimento e refinamento das nossas capacidades de moderação dos trabalhos.

O papel do moderador nos grupos de discussão passa por manter os participantes

focalizados nos objectivos, ajudar as pessoas a sentirem-se confortáveis e facilitar as interacções (Gibbs, 1997). A moderação de grupos de discussão, em algumas áreas da investigação social, recorre a profissionais especialmente treinados para o efeito. Neste contexto, o investigador (principal) não faz a moderação, é o elemento que se ocupa das questões relativas aos aspectos metodológicos, como o registo e síntese do material. Contudo, não é obrigatório o recurso a elementos especialmente treinados para a moderação de grupos de discussão. O investigador pode desempenhar esse papel e mantê-lo, desde que exista a convicção da eficácia do funcionamento grupal (Krueger, 1998b).

No quadro da utilização dos grupos de discussão na investigação em enfermagem, temos assistido ao desempenho simultâneo do papel de investigador e moderador, o que aconteceu nesta investigação (Ressel, Gualda & Gonzalez, 2002). Este duplo papel é facilitado quando, dada a natureza dos participantes, existe alguma capacidade do grupo em manter-se focalizado nos seus objectivos. De acordo com o curso das sessões do nosso grupo de discussão, acreditamos que aquele papel foi possível.

A intensidade da moderação, na perspectiva de Lewis (1998), é circunstancial, podendo ir variando, resumindo-se mesmo ao papel de mero ouvinte; desde que o moderador / investigador esteja alerta e com *"... capacidade para ouvir e pensar ao mesmo tempo"* (Morgan, 1988, p. 75; cit. por Lewis, op. cit., p. 5).

Um dos principais problemas associados à condução de grupos de discussão e que não deixamos de experimentar, diz respeito àquilo que se pode designar por *"influência dos peritos"* (Krueger, op. cit., p. 58). À medida que as sessões foram decorrendo, começaram a destacar-se três ou quatro participantes. Foi um facto que os restantes membros os reconheciam como contributos valiosos para as discussões. Este estatuto emergente não guardava nenhuma relação com a experiência profissional, formação académica ou cargo desempenhado ao nível dos serviços.

Krueger (Idem) sustenta que o desafio para o investigador / moderador é optimizar os contributos dos *"peritos"* para o grupo e impedir que se tornem um problema pela influência social que exercem. O conceito de *"perito"* é diferente do conceito de *"falador dominante*". No âmbito do nosso estudo não deparamos com elementos que se configurassem como "faladores dominantes", talvez devido à reconhecida capacidade de cada um dos participantes e ao seu envolvimento no projecto.

2.2.5.1.3 Sessões com o Grupo de Discussão

Durante a primeira fase do estudo realizamos cerca de vinte sessões com o grupo de discussão, com uma periodicidade mensal. No funcionamento dos grupos de discussão,

o número de sessões é determinada pelos objectivos do projecto. Em pesquisas que, como a nossa, se orientam para a construção de soluções dirigidas aos contextos de acção dos indivíduos, o número de encontros nunca é reduzido (Lewis, 1998).

De acordo com aquilo que os autores que se têm dedicado à exploração de grupos de discussão como estratégia metodológica defendem, a duração de cada uma das sessões varia de uma a duas, duas horas e meia (Gibbs, 1997). Apesar das recomendações apontadas na literatura, Krueger (1998b) defende que se o moderador / investigador se aperceber que o envolvimento e interacção dos participantes não for comprometido as sessões podem ser mais longas. No nosso caso, a grande maioria das sessões durou aproximadamente quatro horas; com a gestão das pausas e intervalos a ser determinada pelos sinais de cansaço ou desvio dos assuntos essenciais. Nos primeiros encontros ficou combinada a possibilidade de qualquer um dos intervenientes poder propor paragens e intervalos nos trabalhos. Esse facto, para além de aumentar a sensação de controlo do curso das actividades em cada um dos participantes, mostrou-se particularmente útil na rentabilização dos tempos disponíveis.

As questões logísticas e organizativas deste grupo de trabalho estiveram a cargo da *Divisão de Gestão de Recursos Humanos – Formação da ARS do Norte*. Os encontros foram realizados nas instalações daquela entidade, nas últimas sexta – feira de cada mês, desde Fevereiro de 2003.

O primeiro encontro funcionou como catalisador da adesão ao grupo por parte de cada um dos elementos. Procuramos desde logo esclarecer os participantes quanto à natureza do trabalho a desenvolver, os seus objectivos e metodologia. Este primeiro encontro foi de extrema importância no estabelecimento dos compromissos formais de cada um, compromissos esses, essenciais para aqueles que, entretanto, se foram consolidando – os efectivos – (Minayo, 1993).

Constatámos uma forte adesão dos participantes a cada um dos encontros e uma efectiva participação nas actividades desenvolvidas, em particular naquelas que exigiam preparação ou, como nos diziam os participantes, *"trabalho de casa".* O conceito de *"trabalho de casa",* no contexto da nossa investigação, teve por intenção primeira proporcionar a cada um dos participantes a síntese daquilo que o encontro anterior revelou e as questões que entretanto se colocavam de novo. Para isso, procuramos, até dez dias antes da próxima sessão, devolver via *e – mail* o resultado da análise que realizamos do encontro anterior. A grande vantagem deste formato residiu na sua eficiência na produção de ideias em profundidade (Polit & Hungler, 1995), na medida em que o seu funcionamento foi regular, sistemático e continuado, acentuando a lógica iterativa da investigação (Denzin & Lincoln, 1994; Morse & Field, 1998).

2.2.5.1.4 Recolha e análise dos dados

Cada um dos encontros realizados com o grupo de discussão foi integralmente gravado em fita magnética *áudio*, de acordo com o combinado com o grupo. Nos dias imediatamente posteriores a cada um dos encontros, procedemos à audição dos registos, os quais foram transcritos para ulterior análise, a qual realizamos de seguida. Para além da gravação *áudio* do conteúdo das discussões, produzimos notas de campo que, neste enquadramento, funcionaram como complemento que deu conta de aspectos não verbais da interacção no grupo. Estas notas também se revelaram muito úteis para o registo de alguns comentários que os participantes expressavam, na grande maioria dos casos, no âmbito da informalidade do "almoço ou café", em referência aos temas em discussão, o que por vezes funcionou como mote para algumas reflexões no grupo. A utilização deste tipo de estratégias para a recolha de material relativo aos grupos de discussão está amplamente difundida na literatura (Krueger, 1998a; Ressel, Gualda & Gonzalez, 2002).

O recurso à utilização de material *áudio* procurou, de acordo com as orientações de Krueger (op. cit.), maior rigor e riqueza de dados, apesar disso implicar um maior consumo de tempo na audição e transcrição das sessões. Contudo, importa considerar que esta estratégia de produção do material para a análise não é a única que os diferentes autores recomendam. Existem relatórios de estudos que utilizaram, como fonte de material para a análise, gravações *vídeo* e outras que consideraram apenas as notas do investigador, sem qualquer tipo de registo *áudio* ou *vídeo*. A eleição de qualquer uma destas soluções deve ser sempre feita em função dos propósitos do estudo.

A opção que utilizamos *"... envolve a audição cuidadosa das gravações e a preparação de uma transcrição abreviada"* (Idem, p. 45). A transcrição resultante não inclui aquilo que se pode considerar anedótico e eminentemente social (*ligth*), sendo complementada pelo conteúdo das notas de campo.

Para o trabalho de análise organizamos a informação em torno de três pólos: o *corpus* de análise – o material em análise –, notas metodológicas, onde sublinhamos aspectos a contemplar nos encontros seguintes; e notas analíticas, que correspondem ao ponto de partida para o trabalho interpretativo.

As estratégias de produção da análise dos dados que resultam da utilização de grupos de discussão são exploradas por Krueger (Idem). Segundo este autor, os princípios de análise da *"Grounded theory"* correspondem à essência do trabalho de interpretação do material dos grupos de discussão (Idem, p. 9 – 18; p. 61 – 77).

No trabalho interpretativo que realizamos ao material emergente, fomos construindo um modelo de análise orientado para a criação de uma lógica explicativa dos conceitos e elementos que fundamentam o processo de definição dos propósitos e estrutura

substantiva de uma estratégia de agregação de dados de enfermagem útil para a prática.

Krueger (Idem) recomenda-nos ter permanentemente presente a finalidade e objectivos da investigação no processo de interpretação e análise dos dados, porque *"o problema guia a análise"* (p. 4). Para além disso, procuramos ter em conta o contexto em que os dados emergiam. A este respeito, aquele autor, alerta-nos para a importância do contexto em que as afirmações dos participantes surgem. Este contexto, para além do discurso envolvente dos outros participantes, que nos ajuda a situar as afirmações num determinado tema, inclui aspectos relativos à linguagem não verbal dos participantes (i.e.: a intensidade das afirmações e o seu entusiasmo; a espontaneidade e a congruência entre a linguagem não verbal, propriamente dita, e as afirmações produzidas).

A congruência nos comentários dos participantes foi outro dos aspectos que incluímos na nossa análise. Isto não quer dizer que um participante que mude a sua opinião ao longo do tempo sobre um determinado assunto seja, desde logo, considerado incoerente. Pelo contrário, o que procuramos foram as razões profundas que sustentam essas modificações e a compreensão da sua razão de ser. Este é um elemento central do trabalho de análise de grupos de discussão. O sentido é perceber o contexto interactivo em que as modificações ocorrem, na medida em que a interacção é o cerne da actividade dos grupos de discussão.

A identificação de padrões constitui uma dimensão nuclear do processo de análise dos grupos de discussão, o que não retira valor à procura da diversidade e explicação da mesma. A identificação de padrões nas interacções e discursos representa a base para o trabalho de codificação do material, que deve ser feita tendo por fundamento as orientações de Strauss & Corbin (1990), de acordo com as recomendações de Krueger (1998a, p. 10 – 11).

Neste enquadramento, conduzimos a análise para a identificação de temas (categorias) e seus atributos ou circunstâncias (sub – categorias), através de um processo de codificação aberta, para posteriormente estabelecer relações entre elas – codificação axial -, no sentido de, ao longo desta dinâmica, que se quer iterativa, refinar as categorias emergentes – codificação selectiva. A filosofia que está por detrás deste processo fundamenta-se numa abordagem indutiva que vai permitindo ao investigador aumentar o seu conhecimento e grau de explicação do fenómeno em estudo. Para isso, recorremos à permanente recolha e análise, – cada vez mais focalizadas –, de dados. Por outro lado, estes princípios de análise foram-nos permitindo perceber e incorporar elementos relativos aos diferentes contextos de acção na leitura que fazíamos do fenómeno, o que se mostrou facilitador da apropriação, por parte de todos os participantes, do sentido do trabalho.

De forma a garantirmos o sucesso da análise que fomos produzindo, tivemos sempre presente a necessidade de comparação do material, isto porque a *"... estratégia mais útil da análise qualitativa na descoberta de padrões é a comparação e o contraste de um conjunto de dados com outro. Esta é a alma da análise"* (Idem, p. 17). A devolução das análises e a reformulação mais dirigida de questões, bem como o recurso aos resultados de outras investigações, foram as estratégias primordiais que utilizamos no nosso trabalho comparativo.

A comparação de dados e a devolução das suas análises aos participantes, para além de aumentar a "*dimensão prática da análise"* (Krueger, 1998a, p. 28 – 29), confere-lhe validade e transferibilidade (Guba e Lincoln, 1994; Krueger, op. cit.). A transferibilidade é um conceito paralelo ao conceito de generalização, em que os sujeitos, tendo em consideração as explicações emergentes do trabalho de análise desenvolvido pelo investigador e as condições dos seus contextos de acção, procuram a aplicabilidade daquelas explicações. Em síntese, podemos dizer que este foi o mote que conduziu o nosso trabalho de interpretação, compreensão e organização dos dados que resultaram do grupo de discussão.

2.2.5.2 O Estudo de Delphi

Como tivemos oportunidade de salientar na introdução à abordagem metodológica utilizada na primeira fase da investigação, o recurso ao estudo de Delphi teve por intenção "produzir" material para análise no grupo de discussão, numa perspectiva de complementaridade e incremento do seu trabalho. A abordagem tipo Delphi procurou auscultar todo o universo de enfermeiros que exerciam nas unidades de cuidados envolvidas nesta fase do estudo, também porque nos interessava conhecer a sua opinião sobre alguns dos aspectos que emergiram do grupo de discussão. Quer isto dizer que o estudo de Delphi foi orientado pelo grupo de discussão e não o contrário.

A utilização de dados de natureza quantitativa, como aqueles que resultam do nosso estudo de Delphi, em nada coloca em causa a visão paradigmática que ilumina este estudo. A este respeito, Denzin & Lincoln (1994) advogam a utilidade de métodos quantitativos em estudos orientados pelo paradigma construtivista, fundamentalmente para responder a questões muito particulares, o que aconteceu no nosso estudo, bem como nos estudos de Silva (2001) e Sousa (2005).

A utilização do método de Delphi, com origem nas ciências sociais, tem vindo a ser cada vez mais acentuada no âmbito da investigação em enfermagem (Sullivan & Brye, 1983; Couper, 1984; Duffield, 1993; Beretta, 1996). Como vimos anteriormente, na área dos SIE assiste-se à mesma tendência (Lemmer, 1998; Chocholik et al, 1999; Goossen et al.,

2000; Cardoso, 2003; Sousa, op. cit.) de utilização deste tipo de abordagens.

Os estudos de Delphi são um dispositivo de investigação iterativa, dependente do tempo (com uma orientação temporal definida), focalizados na produção de consensos acerca dos desenvolvimentos prováveis, possíveis ou desejáveis numa determinada área ainda pouco estruturada, como é o caso desta, relativa à problemática dos modelos de agregação de dados de enfermagem em Portugal. Os consensos, que estes tipos de estudos têm como finalidade, procuram aumentar o nível de estruturação em torno de uma determinada problemática (Fischer, 1978; Linstone & Turoff; 2002).

Em termos clássicos, este método baseia-se na utilização de questionários administrados via correio, preservando o anonimato dos participantes, recorrendo a várias rondas e à iteração com a informação de retorno. A utilização de questionários enviados por correio faz com que frequentemente se encontrem, na literatura, designações associadas ao método de Delphi como: "*Delphi survey technique"* (Goodman, 1987; Turoff & Hiltz, 1996; Hasson et al. 2000; Moreno-Casbas et al., 2001). Contudo, originalmente os *Survey* não são caracterizados pela existência de rondas iterativas e não visam, necessariamente, a produção de consensos; ao contrário daquilo que se passa com o método de Delphi convencional (Polit & Hungler, 1995; Linstone & Turoff, op. cit.).

A procura de consensos acerca de temas de interesse para a enfermagem tem levado alguns investigadores a introduzir algumas alterações no desenho do método, em particular quando utilizado como complemento de outras abordagens metodológicas (Moreno-Casbas et al., op. cit.), como foi o caso no nosso estudo. Tradicionalmente, os estudos de Delphi envolvem duas ou três rondas de questionários ou até mais, no sentido de responder aos objectivos que conduzem a sua utilização. A primeira ronda, na forma *"convencional do método de Delphi"* (Linstone & Turoff; op. cit., p. 5), caracteriza-se por um questionário com perguntas abertas com o intuito de *"... gerar tantas ideias quanto possível sobre o assunto em estudo"* (Sousa, 2005, p. 192). No caso da nossa investigação, e à semelhança daquilo que Moreno-Casbas e colaboradores (op. cit.) fizeram, o primeiro questionário já era estruturado em torno de perguntas fechadas, resultado do trabalho entretanto produzido no grupo de discussão. Vale a pena recordar que o estudo de Delphi que utilizamos se colocou num plano de complementaridade ao grupo de discussão e tendo por intenção gerar *inputs* para o seu trabalho. O carácter complementar dos estudos de Delphi relativamente a outras estratégias metodológicas, tendo em vista a geração de dados para serem aprofundados com outros dispositivos de investigação, é advogada por Adler & Ziglio (1996), no âmbito da investigação em saúde. Por estas razões é que somos levados a falar na utilização de um estudo de Delphi modificado, no quadro do nosso estudo, pelo facto de não fazermos uso do modelo

convencional de desenvolvimento deste dispositivo metodológico.

Independentemente das modificações que possam ser introduzidas no desenho de um estudo de Delphi, uma das forças desta abordagem reside no facto de, aqui, o efeito de pressão social sobre os membros do painel ou o efeito *"Halo"* ser desprezível (Sullivan & Brye, 1983); o que efectivamente, também procurávamos com esta abordagem. Por outro lado, permite que, dependendo dos objectivos do estudo, o painel de participantes possa ser constituído com duas ou três dezenas de indivíduos ou mesmo com várias centenas, de locais bem diferentes. No nosso caso, procurávamos auscultar a opinião de um largo número de enfermeiros que exerciam nas unidades que colaboraram no desenvolvimento do modelo de agregação de dados de enfermagem.

2.2.5.2.1 Universo e Amostra

A principal limitação associada à utilização do método de Delphi está relacionada com a identificação e selecção dos participantes; isto porque, como nos dizem Linstone & Turoff (2002), a *"... questão é como escolher um bom grupo de respondentes"* (p. 6). Praticamente todos os relatórios de investigação que utilizam o método de Delphi ocupam várias páginas a justificar os critérios definidos para encontrar os *"peritos".* Com efeito, uma das características do método convencional de Delphi é a utilização de "peritos" (Goossen et al., 2000; Sousa, 2005). Contudo, no nosso estudo essa não era a preocupação, o que pretendíamos era conhecer a opinião de todos os enfermeiros que, em rigor, estavam envolvidos na definição do modelo de agregação de dados de enfermagem, se mais não fosse porque seriam *"afectados"* por ele. A ideia de *"afectados"* foi colocada de forma muito sagaz por Sousa (op. cit.) no seu estudo, a partir do conceito utilizado por Landeta (1999; cit. por Sousa, Idem), para significar as pessoas que, não possuindo um especial grau de conhecimento sobre o assunto em estudo, são afectadas nos seus contextos de acção quotidiana pelas soluções emergentes da investigação em curso.

Apesar de não termos experimentado dificuldades de selecção dos participantes para o estudo de Delphi, isso não implicou que não tenhamos tido necessidade de definir critérios de inclusão no estudo. Assim, o universo de partida para o estudo de Delphi que levamos a cabo correspondeu à totalidade dos enfermeiros que:

- exerciam funções, independentemente do vínculo contratual, há pelo menos seis meses, em cada um dos serviços hospitalares e centros de saúde que integraram a primeira fase da investigação.

Face ao que foi definido, o universo do estudo de Delphi perfazia pouco mais de 1000 profissionais de enfermagem.

A amostra utilizada foi de conveniência (Polit & Hungler, 1995), constituída pelos enfermeiros de cada uma das unidades que, depois de devidamente elucidados da natureza e dos objectivos do estudo, manifestaram disponibilidade para participar, nomeadamente através do preenchimento da primeira ronda do questionário.

Da totalidade de questionários lançados na primeira ronda do estudo obtivemos 531 questionários válidos, tendo os seus respondentes sido envolvidos na segunda ronda, na qual tivemos o retorno de 301 questionários. Em síntese, no estudo de Delphi que desenvolvemos, partimos de um universo de cerca de 1000 enfermeiros, tendo a primeira ronda sido constituída por uma amostra de 531 respondentes e a segunda por 301. A taxa de participação nas duas rondas realizadas está de acordo com aquilo que, na literatura, é considerado adequado (Linstone & Turoff, 2002).

2.2.5.2.2 Questionário I: Focos de atenção e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem

A utilização de questionários, preservando o anonimato dos respondentes, é o cerne das técnicas de desenvolvimento de estudos de Delphi.

Na sequência dos trabalhos desenvolvidos no grupo de discussão, emergiu como fundamental o conceito de *"resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem"*. Este conceito tinha por base a noção da existência de resultados relativos aos focos de atenção da prática profissional dos enfermeiros que são mais influenciados ou dependentes das intervenções de enfermagem.

Assim, importava conhecer a opinião dos enfermeiros, que exerciam nos serviços hospitalares e centros de saúde envolvidos no estudo, acerca do nível de sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos diferentes focos de atenção utilizados para nomear os diagnósticos de enfermagem dos seus clientes.

Para isso, construímos um questionário que, para além de uma primeira parte dirigida à recolha de dados "pessoais" dos respondentes, incluía 128 questões operacionalizadas em outras tantas escalas do tipo *Likert* de 7 pontos entre diferenciais semânticos – *"Alta sensibilidade / Baixa sensibilidade"* - (Anexo 1). As 128 questões correspondiam aos 128 focos da prática profissional dos enfermeiros (ICN, 2000) que, de acordo com a informação disponível no IGIF – Norte e na ESEnf. S. João, à data eram utilizados pelos enfermeiros para documentar os diagnósticos de enfermagem e, por consequência, os resultados das suas intervenções. Para cada uma das 128 questões, o respondente tinha a possibilidade de assinalar a *"Não aplicabilidade"* daquele foco de atenção ao seu contexto de acção e exercício profissional. Esta possibilidade de resposta foi incluída no questionário, na medida em que, investigações anteriores, a nossa experiência de

reformulação de SIE e os trabalhos já desenvolvidos, à data, neste estudo nos mostravam a existência de áreas de atenção que podiam não fazer sentido em alguns contextos.

A construção do questionário procurou seguir as orientações metodológicas deste tipo de instrumento de recolha de dados (Marconi & Lakatos, 1985; Javeau, 1992; Ketele & Roegiers, 1993; Fortin, 1999), bem como a sua pré – testagem. O pré – teste foi realizado pela aplicação do instrumento a uma amostra de enfermeiros do serviço de Reanimação do Hospital de S. João no Porto e a outra amostra de enfermeiros do Centro de Saúde de Lousada.

O material que resultou da análise do primeiro questionário foi trabalhado no quadro do grupo de discussão e, numa segunda ronda, devolvido aos participantes no estudo de Delphi.

2.2.5.2.3 Questionário II: Sínteses informativas relativas aos focos de atenção

Os consensos produzidos acerca dos focos com maior sensibilidade aos cuidados de enfermagem, fruto do tratamento dos dados do primeiro questionário, incorporando as reflexões e trabalho do grupo de discussão, foi devolvido aos participantes no estudo de Delphi, através de uma segunda ronda.

O segundo questionário incluía 33 focos de atenção com resultados muito sensíveis aos cuidados de enfermagem e, para cada um deles, um conjunto de sínteses informativas ou "indicadores preliminares" desenvolvidos no grupo de discussão. À semelhança do questionário da primeira ronda, cada uma das questões estava operacionalizada numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos entre diferenciais semânticos – *"Muita utilidade / Pouca utilidade"* - (Anexo 2). O objectivo era conhecer a opinião dos respondentes acerca da "utilidade" de cada uma das diferentes sínteses informativas ensaiadas, associadas aos focos de atenção, tendo em consideração a natureza específica do contexto em que exercia funções. Também aqui, o respondente poderia indicar a *"Não aplicabilidade"* de um determinado item ao seu contexto de exercício profissional. Na última parte do questionário, os respondentes eram convidados a sugerirem outros focos de atenção que continuassem a achar muito sensíveis aos cuidados de enfermagem e / ou outras necessidades de informação.

Como é natural, mantivemos as orientações metodológicas na construção deste segundo instrumento e voltamos a realizar a sua pré – testagem nos locais utilizados para o primeiro questionário.

2.2.5.2.4 Recolha, análise dos dados e critérios de consenso

A administração dos questionários ficou a cargo do Enfermeiro – Chefe de cada um dos serviços e centros de saúde. Admitimos que o recurso a esta figura pudesse ter influência sobre a taxa de retorno dos questionários, o que, por outro lado, traduz uma modificação operada ao desenho convencional dos estudos de Delphi. O investigador deixou em cada um dos serviços o número de questionários previamente determinado pelo enfermeiro responsável, não tendo existido qualquer contacto com os potenciais respondentes.

Para cada um dos questionários foi definida a data de aplicação e de recolha; o intervalo de tempo para a resposta dos participantes foi de 10 dias. O primeiro questionário foi aplicado em Julho de 2003 e o segundo em Março de 2004. Entre a primeira e segunda rondas, o Enfermeiro – Chefe ficou com uma lista nominal dos respondentes, de forma a garantir que só fossem incluídos no segundo questionário os participantes que devolveram o primeiro. Da nossa parte, existiu sempre um total e intencional desconhecimento da identidade dos participantes, no sentido de salvaguardar os requisitos metodológicos essenciais deste tipo de abordagem (Linstone & Turoff, 2002).

A taxa de retorno do primeiro questionário foi da ordem dos 50 %. Dos questionários distribuídos, tivemos o retorno de 551. No entanto, vimo-nos obrigados a inutilizar 20 por manifesta incorrecção do preenchimento. Assim, o número de questionários válidos na primeira ronda foi de 531. Dos 551 questionários distribuídos na segunda ronda, vimos devolvidos 301, o que corresponde a uma taxa de retorno de 54, 63 %. As taxas de retorno que obtivemos estão dentro daquilo que a literatura considera adequado para este tipo de abordagem metodológica (Idem).

As respostas individuais de cada um dos participantes permitiram-nos evoluir na definição de uma resposta colectiva, tendente à viabilização de consensos. Para isso, utilizamos a estatística descritiva, dirigida a dados ordinais, em particular as medidas de tendência central (Moda e Mediana).

Os critérios de consenso que utilizamos foram definidos previamente e correspondem àquilo que outros investigadores na área têm vindo a aplicar (Goossen et al., 2000; Cardoso, 2003; Sousa, 2005). Para cada um dos questionários, o consenso obtido em cada uma das questões teve em consideração a verificação simultânea das seguintes condições:

Quadro X – Critérios de Consenso definidos para o Estudo de Delphi

Consenso	Critérios e Definição
Consenso verificado	Mediana> 5 Moda *> 5 Concordância> = 75 %
Concordância	*Score 6, 7*
Neutro	*Score 3, 4 e 5*
Discordância	*Score 1, 2*
(*) *No caso da distribuição não ser Unimodal, todas as modas têm que ser superiores a 5.*	

De acordo com o desenho do nosso estudo, o material que resultou do estudo de Delphi constituiu um complemento significativo para os trabalhos do grupo de discussão, os quais foram sendo acompanhados pela elaboração de notas de campo.

2.2.5.3 As Notas de campo

As notas de campo são uma estratégia de registo de eventos, episódios e ideias associadas aos estudos que envolvem trabalho de campo (Maanen, 1988; Bogdan & Biklen, 1994; Burgess, 1997). O trabalho de campo, em sentido lato, refere-se a todas as actividades desenvolvidas pelo investigador com os indivíduos nos seus contextos de acção. Como vimos, elaboramos notas de campo associadas ao funcionamento do grupo de discussão, mas também em resultado das sessões e reuniões realizadas em cada um dos serviços e centros de saúde com os enfermeiros que não faziam parte do grupo de discussão. Durante a primeira parte do nosso estudo, estas sessões, que com efeito foram muito frequentes a partir da Primavera de 2004, resultaram mais de solicitações dos enfermeiros que do nosso agendamento prévio. Na grande maioria destes encontros estivemos ocupados com discussões acerca dos objectivos e desenvolvimentos do projecto, assim como na preparação das alterações que se revelaram necessárias, em termos dos conteúdos, nos SIE em uso. A vinculação evidenciada por grande parte dos enfermeiros que, não fazendo parte do grupo de discussão, passaram a estar envolvidos nos trabalhos desenvolvidos à escala de cada um dos serviços, revelaram-nos a necessidade de registar alguns dados que nos auxiliaram na compreensão do fenómeno em estudo.

A nossa familiaridade com esta estratégia de recolha de dados, fruto da sua inclusão num estudo anterior por nós realizado, facilitou-nos a sua utilização. As notas de campo não são simples diários, tendem a ser mais abrangentes, analíticas e interpretativas do que uma simples enumeração de ocorrências. Na realidade, representam um trabalho de síntese e compreensão do material recolhido pelo investigador durante o seu contacto com o terreno e procuram fazer a *"... reunião dos pontos mais salientes que serão (re)trabalhados mais tarde..."* (Morse & Field, 1998, p. 91).

2.2.5.3.1 Formato e produção

A elaboração das notas de campo ocorreu logo após os encontros ou situações pretexto, de forma a garantir a documentação dos aspectos mais relevantes. Apesar do estudo em causa não ser uma etnografia, o formato que utilizamos na produção das notas de campo seguiu as recomendações de Spradley (1979), na medida em que o julgamos adequado para os nossos objectivos.

Para além de um espaço central destinado à descrição do ocorrido durante as sessões, o modelo que utilizamos contemplava mais dois campos de informação. Um destinado às questões metodológicas, onde apontávamos alguns itens a explorar nos próximos encontros nos serviços ou no âmbito do grupo de discussão e outro, para a produção de sínteses analíticas e interpretativas.

À semelhança daquilo que aconteceu com todo o material que resultou do grupo de discussão, optamos sempre por salvaguardar o anonimato dos diferentes intervenientes, identificando-os com letras enigmáticas. Assim, os participantes são identificados com letras como X, Y ou Z.

2.2.5.3.2 Análise do conteúdo

A análise do conteúdo das notas de campo, quer associadas ao funcionamento do grupo de discussão, quer as resultantes das sessões realizadas nos diferentes serviços e centros de saúde, foi orientada pela lógica proposta por Krueger (1998a) para os grupos de discussão. Assim, através de uma análise iterativa procuramos, muito mais que a descrição do conteúdo manifesto das notas de campo, a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material.

2.3 Da segunda parte do estudo

A segunda fase empírica do nosso estudo decorreu entre Novembro de 2004 e Outubro de 2005. Esta etapa da investigação foi norteada por três grandes questões de partida, orientadas para a compreensão dos factores envolvidos na implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem e ainda, para a exploração da diversidade das necessidades e resultados de enfermagem nos diferentes grupos de clientes.

Em termos metodológicos, para além de recorrermos a dispositivos semelhantes àqueles que estudos anteriores na área utilizaram (Goossen, 2000b; Turtiainen et al., 2001), como é o caso de um desenho exploratório, de perfil quantitativo, mantivemos em funcionamento o grupo de discussão, bem como as sessões e reuniões nos diferentes centros de saúde e serviços hospitalares. Isto porque, na linha daquilo que é o paradigma que iluminou todo este trajecto, interessava-nos compreender em profundidade, na

perspectiva dos envolvidos e para além dos meros procedimentos de análise estatística, os elementos e factores intervenientes no processo de implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem entretanto definido.

2.3.1 Objectivos

À semelhança daquilo que aconteceu na primeira fase do estudo, os objectivos que a apontamos para esta etapa da investigação guardam uma estreita relação com as questões de partida que apresentamos anteriormente. Assim, tivemos como objectivos para a segunda fase da investigação:

- Explorar os factores intervenientes no processo de implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem;
- Descrever a diversidade das necessidades, intervenções e resultados de enfermagem nos diferentes grupos de clientes;
- Explorar as relações que possam existir entre os resultados de enfermagem e elementos do processo de cuidados, como as intervenções realizadas;
- Discutir o impacte que a informação gerada a partir do modelo de agregação de dados pode ter à escala das unidades de cuidados.

Este conjunto de objectivos constitui a declaração do rumo que a segunda fase da nossa investigação seguiu.

2.3.2 Implementação do modelo de RMDE

A implementação de um modelo de agregação de dados de enfermagem, tendo por base um RMDE, exige a criação e consolidação de um conjunto de condições para a recolha sistemática de dados, com requisitos de confiança e comparabilidade. Daqui decorre a necessidade de envolvimento e interacção do investigador com os diferentes contextos de acção dos cuidados, o que retira esta fase da investigação da simples análise "laboratorial" dos dados. Contudo, para a construção de um discurso sólido de resposta às questões de partida deste estudo, aquela análise tem que ser realizada. Por um lado, para atestarmos a funcionalidade do modelo e, por outro, porque as expectativas dos envolvidos na sua construção passam pelo contacto efectivo com o "produto" final.

2.3.3 Recolha de dados

Dentro do paradigma que sustenta esta investigação e na linha do que aconteceu na primeira parte do estudo, esta segunda fase do trabalho manteve a triangulação de métodos, quer de perfil quantitativo – O estudo Exploratório -, quer de cariz qualitativo – O Grupo de discussão.

2.3.3.1 O Estudo Exploratório

Discutimos anteriormente que o facto da inclusão de dados quantitativos, bem como de estratégias para a sua recolha e análise com o mesmo perfil, em nada vem colocar em causa a natureza paradigmática dos estudos construtivistas. A complementaridade das abordagens e o potencial que, neste caso, a utilização de estratégias quantitativas pode ter para o refinamento e reconhecimento da utilidade do modelo de agregação de dados de enfermagem, por parte dos potenciais utilizadores, constitui uma mais-valia que não deve ser desperdiçada.

A utilidade dos estudos exploratórios para os processos de refinamento e implementação de modelos de agregação de dados de enfermagem é atestada pela sua utilização nos últimos anos, por vários autores (Coenen et al., 1999; Evers et al., 2000; Goossen et al., 2001; Turtiainen et al., 2001; Park et al., 2004; Dochterman et al., 2005). Este tipo de pesquisas, reconhecendo que ainda é limitado aquilo que se sabe acerca dos fenómenos em estudo, visa obter mais informação sobre as características dos diferentes grupos de clientes em relação a vários aspectos dos cuidados, como os diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Os desenhos dos estudos exploratórios que referimos, realizados com base na documentação de um RMDE e sem interferência dos investigadores nos dados, não implicaram controlo de variáveis, não partiram de hipóteses, nem visaram a sua testagem. Procuram antes a exploração e descrição dos eventos e, a partir daí, vislumbrar questões que mereçam estudo mais profundo. O estudo exploratório que utilizamos nesta segunda fase da investigação foi orientado pelos mesmos princípios, o que está de acordo com aquilo que a literatura caracteriza como desenhos exploratórios (Judd et al., 1991; Polit & Hungler, 1995; Fortin, 1999).

Admitimos que os resultados do estudo exploratório podem ter um alto significado para compreensão do processo de implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem. Mas, para além disso, podem informar-nos sobre elementos que se constituem como centrais relativamente ao exercício profissional dos enfermeiros e, por força de razão, da enfermagem em uso. Na realidade, o conhecimento dos principais diagnósticos de enfermagem dos diferentes grupos de clientes, bem como das relações que se podem inferir entre as intervenções realizadas e os resultados obtidos, diz-nos muito sobre a substância da disciplina de enfermagem.

2.3.3.1.1 Universo e Amostra

Com a excepção do Hospital de S. Marcos de Braga, que por razões da sua política interna decidiu não colaborar na recolha dos dados para o estudo exploratório, todas as

unidades envolvidas na primeira parte do trabalho disponibilizaram dados para análise e tratamento.

A amostra incluída no estudo exploratório é constituída por 15363 episódios de internamento e 73265 utentes dos centros de saúde, e resulta da análise realizada aos dados documentados nos SIE, em uso nas diferentes unidades, no período compreendido entre 1 Março de 2005 e 31 de Outubro de 2005. Cada episódio de internamento hospitalar ou cada utente dos centros de saúde representam um e um só caso, na linha daquilo que é a lógica de organização da informação no âmbito da RIS. Quer isto dizer que, no caso dos centros de saúde, independentemente do número de contactos[3] que cada utente tenha com os enfermeiros, esse utente só é contabilizado uma só vez na nossa amostra. Em relação à realidade hospitalar, é contabilizado cada um dos episódios de internamento. Isto quer dizer que, se um determinado cliente entre 1 de Março de 2005 e 31 de Outubro de 2005 teve mais do que um episódio de internamento, todos esses episódios são contabilizados, para efeitos da amostra. Esta lógica de análise dos dados decorre da organização da informação na RIS, a que já aludimos, e do modelo que foi ensaiado para a produção das sínteses informativas consideradas úteis, o qual será explicado detalhadamente no quarto capítulo desta dissertação.

2.3.3.1.2 Recolha e análise dos dados

A recolha do material para o estudo exploratório exigiu que os dados relativos aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem estivessem documentados com base na terminologia da CIPE®. Os restantes dados (i.e.: programas de saúde, diagnóstico médico, data de nascimento...) foram recolhidos de acordo com os protocolos em uso na RIS. Os serviços do IGIF – Norte constituíram o repositório de todo este material, devido à salvaguarda e protecção dos dados.

Para as unidades de cuidados que utilizavam SIE em suporte de papel, foi construída uma interface, dentro da estrutura da RIS, que permitia a introdução do conjunto mínimo de dados de enfermagem de cada unidade no mesmo repositório. Esta interface foi denominada pelos serviços do IGIF – Norte como SIDE (Sistema de Dados de Enfermagem). A necessidade de utilização do SIDE implicou a realização de várias sessões de formação aos enfermeiros das diferentes unidades de cuidados. Para as

[3] O conceito de "contacto de enfermagem" está incorporado na estrutura do SIE em suporte electrónico utilizado na RIS e pode ser entendido como um sinónimo de "consulta de enfermagem". Pretende significar um encontro entre um cliente ou grupo de clientes com um enfermeiro, tendo em vista a prestação de cuidados de enfermagem.

unidades que tinham em uso SIE em suporte electrónico (i.e.: o SAPE), foi desenvolvido um conjunto de procedimentos de extracção dos dados das respectivas tabelas do sistema de informação, com recurso às linguagens apropriadas que suportam o sistema.

O primeiro passo do processo de extracção dos dados para este estudo, teve por objectivo recodificar o identificador individual de cada caso, para que, após, não fosse mais possível associar nominalmente os dados à sua origem. A irreversibilidade deste passo foi um requisito que colocamos desde o início. Por outro lado, cada uma das unidades de cuidados teve que autorizar formalmente a extracção e tratamento destes dados (Anexo 3).

Após, o material coligido foi submetido a análise, tendo por base o modelo de agregação de dados de enfermagem desenvolvido, de forma a viabilizar a produção do painel de sínteses informativas consideradas úteis, relativamente ao exercício profissional dos enfermeiros.

2.3.3.2 O Grupo de Discussão

A exploração dos factores intervenientes no processo de implementação de um modelo de agregação de dados de enfermagem, e a discussão do seu impacte ao nível das unidades de cuidados, implica considerar as opiniões dos potenciais consumidores da informação que resulta do RMDE. Por tudo isto, consideramos fundamental a manutenção em funcionamento do grupo de discussão.

Os participantes e os procedimentos de recolha e análise dos dados associados a este dispositivo mantiveram-se inalterados, relativamente à primeira fase do estudo. Contudo, realizamos apenas três sessões com o grupo, as quais tiveram por objectivo fazer o acompanhamento do processo de implementação do modelo de agregação de dados e a discussão dos seus resultados. Para isso, agendamos os encontros para o final dos meses de Maio, Julho e Outubro de 2005.

2.3.3.3 As Notas de Campo

A segunda fase empírica do estudo implicou a realização de grande quantidade de trabalho de campo. Num primeiro momento (Outubro de 2004 – Março de 2005), vimo-nos envolvidos na consolidação das condições para a recolha sistemática, regular e comparável do RMDE. Após, durante todo o período de recolha dos dados, fomos frequentemente solicitados pelos diferentes serviços e centros de saúde (particularmente os que utilizavam SIE em suporte de papel) para acompanhar o processo e discutir as experiências dos enfermeiros. A exploração e discussão do impacte da informação gerada, a partir do modelo de dados desenvolvido, foram outra das tónicas do trabalho de campo, num processo permanente de interacção com todos os participantes e

enfermeiros dos serviços.

Neste cenário, a produção de notas de campo constituiu um dispositivo metodológico bastante útil para a documentação de todo este material. O formato, lógica de produção e análise utilizadas, como não podia deixar de ser, foi semelhante àquilo que foi descrito para a primeira fase do projecto.

2.4 Encerramento do projecto

No quadro dos compromissos assumidos, em Maio de 2006, procedemos ao encerramento formal do projecto com os nossos parceiros, numa sessão realizada na ARS do Norte, com a entrega formal de um relatório ao excelentíssimo Sr. Presidente do Conselho de Administração da ARS, com os resultados nas diferentes sínteses informativas, tendo por base o material recolhido entre 1 de Março a 31 de Outubro de 2005. Na mesma sessão foram disponibilizados todos os requisitos e métodos de produção automática (informática) daquelas sínteses informacionais, ao representante do IGIF.

Assim, a partir daquela data, estão criadas as condições para a consolidação de uma estratégia de produção e análise regular de informação fiável, relativa a resultados em saúde muito sensíveis aos cuidados de enfermagem.

2.5 Referências

ADLER, M.; ZIGLIO, E. (1996) – *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health.* London: Kingsley Publishers

BASTO, M. (1998) – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros

BEAN, K. B. (2005) – *Development of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates Minimum Data Set: an evidence-based resource*; Gastroenterology Nursing. 28 (1), p. 56 – 58

BERETTA, R. (1996) – *A critical review of the Delphi technique*; Nurse Researcher. 3 (4), p. 79 – 89

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto editora

BURGESS, R. (1997) – *A pesquisa de terreno: uma introdução.* Oeiras: Celta editora.

CARDOSO, A. (2003) – *Representação dos conceitos centrais da Enfermagem – num contexto de Saúde Materna e Obstetrícia*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao

grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

CHOCHOLIK, J.; BOUCHARD, S.; TAN, J.; OSTROW, D. (1999) – *The determination of relevant goals and criteria used to select an automated patient care information system: a Delphi approach*; Journal of the American Informatics Association. 6 (3), p. 219 – 233

COENEN, A.; WEIS, D. M.; SCHANK, M. J.; MATHEUS, R. (1999) – *Describing parish children's nurse practice using the minimum Nursing Data Set*; Public Health Nursing. 16 (6), p. 412 – 416

COUPER, M. (1984) – *The Delphi technique: a methodological discussion*. Advances in Nursing Science. 7 (1), p. 72 – 77

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (1994) – *Handbook of Qualitative Research.* London: Sage Publications

DOCHTERMAN, J.; TITLER, M.; WANG, J.; REED, D.; PETTIT, D.; MATHEW-WILSON, M.; BUDREAU, BULECHECK, G.; KANAK, M. (2005) – *Describing use of Nursing Interventions for three Groups of Patients*; Journal of Nursing Scholarship. 37 (1), p. 57 - 66

DUFFIELD, C. (1993) – *The Delphi Technique: a comparison of results obtained using two expert panels*; International Journal of Nursing Studies.30 (3), p. 227 - 237

EVERS, G. (2003) – *Developing Nursing Science in Europe*; Journal of Nursing Scholarship. 35 (1), p. 9 – 13

EVERS, G.; VIANE, A.; SERMEUS, W.; SIMOENS-DE SMET, A.; DESLESIE, L. (2000) – *Frequency of and indications for wholly compensatory nursing care related to enteral food intake: a secondary analysis of the Belgium National Nursing Minimum Data Set*; Journal of Advanced Nursing. 32 (1), p. 194 – 201

FISHER, R. (1978) – *The Delphi method: a description, review, and criticism*; Journal of Academic Librarianship. 4, p. 64 - 70.

FORTIN, M. (1999) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

GIBBS, A. (1997) – *Social Research Update 19: Focus Group Issue nineteen*; Social Research Update. Guildforf, England: Departement of Sociology University of Surrey. On line: http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU19.html, em 20-05-2003

GOODMAN, C. (1987) – *The Delphi technique: a critique*. Journal of Advanced Nursing. 12, p. 729-734

GOOSSEN, W. (2000 b) – *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; FEUTH, T.; VAN DENHEUVEL, W.; HASMAN, A.; DASSEN, T. (2001) – *Using the Nursing minimum Data Set for Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in Patient populations and variations in nursing activities*; International Journal of Nursing Studies. 38 (3), p. 243 – 257

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; VAN DENHEUVEL, W.; FEUTH, T.; FREDERIKS, C.; HASMAN, A. (2000) – *Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items*; Journal of Advanced Nursing. 31 (3), p. 536 – 547

GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994) – *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications

HASSON, F.; KEENEY, S.; McKENNA, H. (2000) – *Research guidelines for the Delphi survey technique;* Journal of Advanced Nursing. 32 (4), p. 1008 – 1015

HUBER, D. G.; DELANEY, C.; CROSSLEY, J.; MEHMERT, M.; ELLERBE, S. (1992) – *A Nursing Management Minimum Data Set: significance and development*; JONA. 22 (7/8), p. 35 – 40

ICN (2000) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

JAVEAU, C. (1992) – *L'Enquête par Questionnaire*. Bruxelles: Ed. Université de Bruxelles

JUDD, C. M.; SMITH, E. R.; KIDDER, L. H. (1991) – *Research Methods in Social Relations.* Orlando: 6th Ed., Harcourt Brace & Company

KETELE, J.; ROEGIERS, X. (1993) – *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos.* Lisboa: Instituto Piaget

KITZINGER, J. (1994) – *The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants*. Sociology of Health. 16 (1), p. 103 - 121

KITZINGER, J. (1995) – *Qualitative research: introducing focus groups*; British Medical Journal. 31, p. 299 - 302

KRUEGER, R. A. (1998 a) – Analysing & Reporting Focus Groups Results, Vol. 6. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage Publications

KRUEGER, R. A. (1998 b) – Moderating Focus Groups, Vol. 4. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage

KRUEGER, R. A.; KING, J. A. (1998) – Involving Community Members in Focus Groups, Vol. 5. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage

LEMMER, B. (1998) – *Successive surveys of an expert panel: research in decision making with health visitors*; Journal of Advanced Nursing. 27, p. 538 - 545

LEVIN, J. (1987) – *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. Vila Marina, São Paulo: 2.ª Ed., Editora Harbra Ltda

LEWIS, M. (1998) – *Focus group interviews in qualitative research: a review of the literature.* Action Research Electronic Reader. On line: http//casino.cchs.usyd.edu.au/arrow//reader/rlewis.htm, em 23-07-2002

LINSTONE, H.; TUROFF. (2002) – *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Ed. Murray Turoff & Harold A Linstone. On line: http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/, em 27-04-2004

MAANEN, J. V. (1988) – *Tales of de field.* Chicago: The University of Chicago Press

MARCONI, M.; LAKATOS, E. (1985) – *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.* São Paulo: Atlas

MELEIS, A. I. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins

MINAYO, M. L. (1993) – *O desfio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec

MONTI, E. J.; TINGEN, M. S. (1999) – *Multi Paradigms of Nursing Science*; Advances in Nursing Science. 21 (4), p. 64 – 80

MORENO-CASBAS, T.; MARTÍN-ARRIBAS, C.; ORTS-CORTÉS, I.; COMET-CORTÉS, P. (2001) – *Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study*; Journal of Advanced Nursing. 35 (6), p. 857 - 863

MORGAN, D. L (1998) – The Focus Group Guidebook, Vol. 1. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage

MORGAN, D. L. (1997) – *Focus groups as qualitative research*. 2ª Ed. London: Sage

MORSE; J.; FIELD, P. (1998) – *Nursing Research: the application of a qualitative approaches.* 2ª ed. London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. (1994) – *Conflcit and Consensus: a General theory of collective decisions.* Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications

PARK, M.; DELANEY, C.; MAAS, M.; REED, D. (2004) – *Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting*; Journal of Advanced Nursing. 47 (3), p. 329 - 339

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. (1996) – *Focus group*. International Journal of Quality in Health Care. 8 (5), p. 499 – 504

RACE, K.; HOTCH, D.; PARKER, T. (1994) – *Rehabilitation program evaluation: use of focus group to empower clients;* Evaluation Review. 18 (6), p. 730 - 740

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R., M. B. (2002) – *Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem*; International Journal of Qualitative Methods. 1 (2), article 5. On line http://www.ualberta.ca/~ijqm, em 22-05-03 (tradução portuguesa das autoras, 29 páginas)

ROSS, D. (1998) – *Results of NAON`s nursing diagnosis survey: A contribution to nursing's minimum data set*; Orthopedic Nursing. Sep/Oct, p. 22 – 27

SCHEELE, D. S. (2002) – Reality Construction as a Product of Delphi Interaction. In: LINSTONE, H.; TUROFF. – *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Ed. Murray Turoff & Harold A Linstone

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SIM, J. (1998) – *Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group*; Journal of Advanced Nursing. 28 (2), p. 345 – 352

SLOAN, G. (1998) – *Focus group interviews: defining clinical supervision*; Nursing Standard. 12 (42), p. 40 - 43

SOUSA, P. (2005) – *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

SPRADLEY, J. P. (1979) – *The ethnographic interview.* New York: Holt, Renehart and Winston

STRAUSS, G.; CORBIN, J. (1990) – *Basics of Qualitative Research: Grounded theory Procedures and Techniques.* Newbury Park: Sage Publications

SULLIVAN, E.; BRYE, C. (1983) – *Nursing's future: use of Delphi technique for curriculum planning*; Journal of Nursing Education. 22 (5), p. 187 - 189

TUROFF, M.; HILTZ, S. R. (1996) – Computer Based Delphi Process. In: ADLER, M.; ZIGLIO, E. – *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health.* London: Kingsley Publishers

TURTIAINEN, A.; KINNUNEN, J.; SERMEUS, W.; NYBERG, T. (2001) – *The cross-cultural adaptation of the Belgium Nursing Minimum Data Set to Finnish nursing*. Journal of Nursing Management. 8 (5), p. 281 - 291

VOLRATHONGCHAI, K.; DELANEY, C. W.; PHUPHAIBUL, R. (2003) – *Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand*; Journal of Advanced Nursing. 43 (6), p. 588 – 594

WATSON, J.; SMITH, M. C. (2002) – *Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development*; Journal of Advanced Nursing. 37 (5), p. 452 – 461

WEBB, C.; KEVERN, J. (2001) – *Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research*; Journal of Advanced Nursing. 33 (6), p. 798 - 805

WHITTEMORE, R. (1999) – *Natural science and nursing science: where do the horizons fuse?*. Journal of Advanced Nursing. 30 (5), p. 1027 - 1033

WINTERS, J.; BALLOU, K. A. (2004) – *The idea of nursing science*, Journal of Advanced Nursing. 45 (5), p. 533 – 535

3 RMDE: desenvolvimento e exposição dos propósitos e conteúdos do modelo

O início da primeira fase do estudo orientou-se para a construção de um discurso centrado na definição dos propósitos ou objectivos associados ao modelo de recolha e agregação de dados de enfermagem e, após, para a definição da sua estrutura substantiva. Podemos dizer que este capítulo pretende responder a duas grandes questões: *RMDE para quê?* e *RMDE sobre o quê?*

Neste capítulo centramo-nos na discussão dos propósitos associados ao desenvolvimento do modelo de agregação de dados de enfermagem e dos seus conteúdos. Para isso, fazemos recurso àquilo que foi emergindo das sessões do grupo de discussão e, no particular da estrutura substantiva do RMDE, também dos contributos que o primeiro questionário aplicado nos proporcionou. Começamos por colocar em destaque o conjunto dos fundamentos ou enquadramento que sustenta os propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados, o que nos permite compreender alguns aspectos associados à problemática da gestão da informação de enfermagem. A partir do conceito de "sensibilidade aos cuidados de enfermagem", evoluímos na definição dos elementos clínicos de enfermagem do RMDE e na discussão do seu significado para a profissão e disciplina.

O modelo utilizado na organização deste capítulo, à semelhança dos que se lhe seguem, traduz uma linearidade que, de todo, não corresponde à forma como os dados foram emergindo e sendo interpretados. Os excertos retirados das sessões com o grupo de discussão e as notas de campo, na nossa opinião, traduzem uma grande riqueza informativa e uma grande variedade temática. Com efeito, a partir de um excerto em concreto poderíamos tocar em praticamente toda a gama de assuntos que esta dissertação procura discutir. Contudo, a necessidade de colocar alguma sistemática, naquilo que por natureza é complexo, obriga-nos, em cada um dos pontos, a estar focalizados num determinado assunto.

A apresentação dos conteúdos do modelo que fazemos no terceiro ponto deste capítulo surge como o corolário do trabalho realizado em torno de dois grandes temas: *"RMDE: para quê?"* e *"RMDE: sobre o quê?"*, para os quais o desenho do estudo e a metodologia adoptada nos conduziram. O material que emergiu das sessões com o grupo de discussão e das notas de campo, bem como dos pretextos resultantes da primeira ronda do estudo de Delphi, através de um processo de comparação constante e de estabelecimento de relações, foi sendo organizado em categorias e subcategorias.

Assim, as categorias e subcategorias, em cada um dos dois temas, emergiram da análise dos dados, mostrando-se a literatura posteriormente útil para a clarificação das assunções teóricas por nós desenvolvidas.

Neste sentido, em cada um dos temas emergentes, apresentamos as suas categorias e subcategorias, as quais correspondem a cada um dos títulos e sub - títulos que dão corpo aos dois primeiros pontos do capítulo. Os trechos das unidades semânticas incluídas no texto têm carácter ilustrativo dos itens em discussão. Acreditamos que esta forma é congruente com a abordagem indutiva que nos permitiu ir construindo um modelo explicativo da problemática em estudo, fundamentado na observação empírica dos dados. Para além do mais, procuramos, assim, desvelar a gama de aspectos contextuais e processuais incorporados na construção de um modelo de agregação de dados de enfermagem, com base nos pontos de vista dos enfermeiros. Estas características indutivas, contextuais e processuais são congruentes com o paradigma construtivista que ilumina este estudo (Glaser & Strauss, 1967).

3.1 RMDE, para quê?

Pensar em RMDE, antes de tudo, implica responder a uma questão: *agregar dados para quê?* Como vimos na exploração teórica que fizemos acerca da problemática dos RMDE, a clarificação dos propósitos constitui o elemento-chave de qualquer modelo de agregação de dados, uma vez que os objectivos determinam os conteúdos (Goossen, 2000b). Nesta medida, ao iniciar um trabalho nesta área não podemos deixar de colocar aquela questão.

Dentro deste tema identificamos duas principais categorias de análise. Por um lado, aquilo que designamos por “Fundamentos”; e por outro, “Os propósitos do modelo”, propriamente ditos. Quer isto significar que os objectivos do modelo de agregação de dados de enfermagem têm por base um conjunto de elementos (subcategorias) que nos ajudam a explicá-los e a colocá-los em contexto.

Nas primeiras sessões realizadas com o grupo de discussão, colocamos como prioridade a problemática dos propósitos da agregação de dados. Era nossa intenção partir para este trabalho sem a influência daquilo que foram as opções feitas noutros países no desenvolvimento de RMDE. Naturalmente que, desde o início do projecto, o grupo tinha conhecimento daquilo que são as finalidades dos RMDE em uso noutros contextos.

> *X[4] – A partir do momento em que soube aquilo que era o trabalho que nos ia*

[4] As letras que designam os participantes não guardam nenhuma relação entre os diferentes

> *ser pedido, definir um Resumo Mínimo de Dados, comecei a pesquisar sobre isso e, como é natural vi o trabalho do Goossen.*
>
> Quase que interrompe e com grande entusiasmo Y acrescenta*: Acho que podemos ver aquilo que nos outros países já está feito e tentar aproveitar...*
>
> *Z – Meus amigos!* (faz uma longa pausa para captar para si as atenções) *Claro que ninguém aqui, daquilo que eu sei das pessoas que aqui estão e eu conheço, está completamente em branco sobre isto (...). Acho que também devemos olhar para aquilo que já foi feito noutros sítios, dá-nos algumas referências.*
>
> Aproveito para salientar que o grupo está reunido para discutir e explorar a temática e, por último, tomar decisões, que depois podem ou não vir a ser utilizadas... mas decisões.
>
> Grupo discussão, Março 2003

Com esta opção procuramos que o trabalho se centrasse naquilo que "idealmente" se desejava, permitindo que os horizontes colocados não fossem ditados por nenhum plano de exterioridade ao próprio grupo, reconhecendo que um dos desafios que esta opção coloca passa pela necessária aproximação dos *"modelos em uso"* aos *"modelos expostos"*. A terminologia – *"em uso"* e *"exposto"* – deriva dos trabalhos de Argyris & Schon sobre as *"teorias da acção"* (1974, cit. por Basto, 1998, p. 160.) e tem vindo a ser utilizada na enfermagem na explicação dos processos de mudança experimentados nos SIE (Silva, 2001). As *"teorias ou modelos em uso"* significam os elementos associados a um determinado fenómeno que são traduzidos pelos comportamentos quotidianos dos indivíduos, são pouco estruturadas e mais do domínio do implícito nas acções. As *"teorias ou modelos expostos"* (adoptados) representam aquilo que os indivíduos sabem sobre o fenómeno e aquilo que expõem quando falam sobre o assunto, normalmente com níveis conceptuais mais estruturados que as teorias e modelos em uso (Anderson, 1997).

A lógica dicotómica entre os modelos em uso de SIE e o(s) modelo(s) exposto de agregação de dados de enfermagem é um aspecto que atravessa toda a problemática retractada nesta dissertação, tendo-se começado a desenhar nas discussões a respeito da definição dos propósitos para o RMDE.

> *X - Na neonatologia, onde trabalho, há um predomínio muito grande de focos de atenção na área das funções, mas estão identificados já outros focos de atenção de outros domínios. O que constato, no nosso dia a dia, é que os focos de atenção de outros domínios, como o Papel parental, ainda não são, por assim dizer, muito valorizados... embora o domínio das funções seja, sem dúvida, muito importante numa UCIP. A minha preocupação é: como é que eu posso ter dados sobre um daqueles aspectos que ainda não fazem parte da documentação.*

---

excertos utilizados ao longo da dissertação. O discurso directo utilizado resulta, no caso dos excertos das sessões do grupo de discussão, da transcrição das gravações áudio realizadas e, no caso das notas de campo, procuram ser a tradução mais fiel possível dos episódios.

> *Y – Eu acho isto muito importante...* (silêncio) *a forma como os enfermeiros pensam e, essencialmente, como documentam vai acabar por influenciar o RMDE...*
>
> *Z – Desculpa interromper... eu volto a uma questão que já alguém tinha aqui levantado: será que não estamos a ser demasiado teóricos... demasiado idealista? Podemos definir uma coisa que depois... nada! Temos que pensar nisto.*
>
> *T – Eu é que peço desculpa... também podemos fazer um trabalho de ir ver o que nós documentamos e dizemos: só é possível isto... querem dados, indicadores? São estes os possíveis. Não acho que seja este o caminho, às vezes não tem mal nenhum ser idealista... No meu serviço, há uns anos, era: «Bem disposto, sem queixas, passou bem o turno»... era isto os registos. Hoje deu trabalho, mas já se documentam muitas mais coisas, como alguém dizia, os registos dizem mais enfermagem. Eu acho que devemos traçar horizontes, sem medo, e com os pés assentes na terra, temos feito muitos progressos, mas isto leva tempo.*
>
> *Y – Concordo, isto não é de um dia para o outro... leva muito tempo.*
>
> Grupo de discussão, Abril de 2003

O extracto da discussão gerada, para além de colocar em evidência as influências que os modelos de concepção de cuidados em uso exercem sobre a qualidade dos dados documentados (aspecto que retomaremos no capítulo 5), põem em relevo o balanço do grupo entre a definição dos propósitos do modelo de agregação de dados, tendo por base aquilo que a documentação de enfermagem em uso pode gerar e aquilo que os propósitos a definir podem exigir da documentação. Julgamos que a interrogação colocada por um dos participantes sintetiza esta ideia:

> *"Estamos aqui para definir um RMDE possível ou aquele que nós queremos e precisamos? Podem chamar-lhe RMDE ideal"*
>
> (Grupo de discussão, Abril de 2003)

À medida que as discussões foram decorrendo, começou a ficar claro um conjunto de sínteses que nos permitiram evoluir na definição dos propósitos para o modelo de agregação de dados. Estas sínteses configuraram-se como a moldura ou enquadramento de base em que se inscrevem os propósitos definidos, uma vez que os suportam e contextualizam.

3.1.1 Fundamentos

Os propósitos consensualizados para o RMDE têm por base um conjunto de factores que foram sendo incorporados nas discussões, os quais dizem respeito a algumas das influências sofridas pelo grupo, a relação estabelecida entre o RMDE e os SIE e a problemática da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estes fundamentos são o que sustenta, dá forma e ajuda a explicar as finalidades do modelo de agregação de dados de enfermagem.

3.1.1.1 As influências

A consciência colectiva do grupo sobre a responsabilidade pelo processo de definição das finalidades do RMDE a construir, colocou na agenda dos trabalhos a necessidade de discutir três condições: os propósitos de base dos RMDE em uso noutros contextos, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2003) e os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, da OE (2001). A exploração destes três aspectos introduziu na linguagem *Folk* do grupo uma expressão que nos ajudou a traçar o início da fase produtiva do seu funcionamento: *"Temos trabalho de casa"* (Grupo de Discussão, Maio de 2003).

Com efeito, os participantes sugeriram que durante o mês de Abril fosse realizado o trabalho individual de análise daqueles documentos, para que a partir de Maio a discussão pudesse ter outro grau de maturação.

> *X – Quando estive a ver os propósitos dos RMDE que estão no livro do Goossen, e também mais qualquer coisa na Internet, achei que os propósitos eram muito genéricos e parecidos: descrever e comparar os cuidados de enfermagem. Esta questão da comparação cria-me alguns, por assim dizer, complexos... assusta-me um bocadinho. Por exemplo: o resumo Belga só tem intervenções, não tem diagnósticos e, muito menos, resultados, no fundo vamos andar a comparar quantas vezes é que foi dado banho ao doente, quanta vezes é que foram prestados cuidados à boca; quantos injectáveis é que foram administrados... não me satisfaz muito....*
>
> *Y – Deixa-me pegar nisso... acho que tens toda a razão; também me pareceu que a intenção de comparar está em todos os modelos... o que até pode não ser muito problemático, mas só intervenções?!*
>
> *Z – Acho que já estamos a discutir os conteúdos... não achas Filipe?*
>
> Mantive-me em silêncio.
>
> *Y – Não acho que já estejamos a discutir os conteúdos... o que eu quero dizer, e acho que o X também, é que não me faz sentido um RMDE dirigido só às intervenções... de que nos interessa saber só as intervenções. Eu estive a ver os documentos da OE e concordo mais com um RMDE para a qualidade... para os resultados.*
>
> *Z – Mas, lá está... temos que discutir e dizer quais são esses problemas e diagnósticos; é um trabalho que vamos ter que fazer.*
>
> Grupo de discussão, Maio 2003

A definição de um RMDE que vá para além da mera descrição e produção de informação acerca das intervenções de enfermagem, começou a constituir um tema recorrente nos discursos dos participantes. Contudo, procuramos contrastar esta ideia com alguns exemplos que iam surgindo pontualmente nas intervenções de alguns elementos.

> *X – Os resultados são fundamentais, mas... eu acho que não nos podemos esquecer dos aspectos que se ligam com as nossas funções interdependentes. Temos que funcionar em parceria e complementaridade...*

> *não subordinação, quero dizer. Acho que também devemos preocupar-nos em definir, por exemplo, indicadores… dados que possam medir aquilo que é mais objectivo... aquilo que consome tempo... vale a pena pensarmos se um dos objectivos não é justificar o tempo gasto. Há actividades que no momento actual nós não temos onde registar, claro que estou a falar do meu centro de saúde, que não está no patamar, em termos de registos, dos centros de saúde de Matosinhos.*
>
> *Y – Isto que o X acabou por dizer tem-me preocupado um pouco... nós temos aqui realidades diversas...*
>
> *Z – Eu acho que não é por alguns sítios não estarem tão avançados em termos de SIE que devemos limitar os RMDE. Reparem que também tivemos como trabalho para casa a análise dos Padrões de qualidade da Ordem. Os padrões de qualidade orientam-se muito para os resultados em determinadas áreas... se virmos bem, facto com o qual eu concordo, os aspectos interdependentes não estão incluídos lá. Não é por aí que vai a qualidade dos cuidados de enfermagem... nós, isso já fazemos muito bem.*
>
> *X – Peço desculpa* (eleva um pouco o tom de voz). *Não quero parecer muito duro ou um velho do Restelo. Mas, às vezes vale a pena ter a noção daquilo que se passa nalguns contextos... estou a pensar na minha realidade. Nós não estamos ao nível de muitos dos serviços dos colegas... os centros de saúde não podem ser todos balizados pela SRS de Vila Real ou Matosinhos.*
>
> Grupo discussão, Maio 2003

Da análise do excerto que se apresenta percebemos o sentido que, no plano teórico, faz a definição de um RMDE orientado para os resultados em determinados aspectos de saúde. Ao apelar às condições muito concretas e particulares do seu contexto de acção, um dos intervenientes coloca em destaque o fosso que pode existir entre os modelos em uso (sublinhe-se o plural) e o modelo em definição.

> A caminho do almoço aproximo-me do X, tinha reparado que após a discussão da manhã não estava tão participativo.
>
> *X – Sabe Filipe, isto faz-me muito sentido... acho que é por aqui o caminho, mas no meu centro de saúde as coisas ainda estão um pouco atrasadas. Acredite que eu tenho muita dificuldade em obter os mapas, que são muito simples, daquelas coisas mais básicas... como os tratamentos medicalizados, os diabéticos que estão controlados. Isto de um RMDE, ou surge de uma obrigação que a ARS ou SRS coloca, ou... vai ser muito difícil. Isto exige uma mudança muito grande. É mais que começar a registar com a CIPE®... é acima de tudo começar a registar melhor. Isto vai obrigar a mudanças.*
>
> Notas de campo, Maio 2003

Os propósitos definidos para o modelo de agregação de dados surgem aqui como algo que vai ter impacte ao nível de cada uma das realidades locais, levantando questões acerca dos posicionamentos face à mudança dos enfermeiros. Silva (2001) identificou dois modelos de posicionamento dos enfermeiros face à mudança operada nos SIE em uso. O modelo I caracteriza-se por um "esperar para ver" o que, em parte, justifica que *"isto de um RMDE, ou surge de uma obrigação que a ARS ou SRS coloca, ou... vai ser*

muito difícil".

O carácter normativo que deriva da afirmação do participante, como estratégia de viabilização de RMDE, está em contraste com a filosofia que emana dos Padrões de Qualidade descritos pela OE.

> *X – Acho que muitas pessoas, e eu cheguei a pensar assim, preferiam que a OE desse uns indicadores e dissesse: isto é qualidade. Mas se o fizesse continuava a não resolver-nos os problemas, porque a seguir iríamos estar a discutir a forma de colher os dados para os produzir ou, cada um arranjava aquilo à sua maneira. Nós precisamos de RMDE e da CIPE®, para isso mesmo. Aquilo que li do Goossen e da OE diz isto mesmo.*
>
> *Y – Mas isto liga com aquilo que já foi dito atrás. Se bem entendi, o que parece que queremos com o RMDE, é um RMDE que possa de certa forma ser abrangente... não para o serviço A, B, ou C, mas que possa servir para as decisões de administração e avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. Então aí interessam mais os (…) resultado, do que o processo,... Isso disse logo no início... Mas se nós quisermos incluir tudo no RMDE... não sei até que ponto isso podia entrar tudo num RMDE... O próprio nome diz tudo – Resumo – é uma parte, talvez aquela que diga mais a qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi isso que retirei das leituras que fiz.*
>
> *Z – A OE não fala deste ou daquele problema ou diagnóstico, nós temos a possibilidade de escolher... também não fala num número mínimo de áreas. Acho que isto nos ajuda a, como diz a Y, escolher em cada local, em cada centro saúde, em cada serviço quais são os aspectos... tudo dentro dos mesmos objectivos ou finalidades.*
>
> Grupo de discussão, Junho de 2003

As decisões tomadas a respeito dos propósitos para o modelo de agregação de dados, pela relação que guardam com a sua estrutura substantiva, por um lado, e o consenso gerado em torno da necessidade de informação para a promoção da qualidade, por outro, implicam uma discussão profunda sobre o conjunto das dimensões dos cuidados que dizem, com propriedade, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Assim, os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem da OE são colocados como algo que alarga os horizontes e desafia à criatividade em diferentes escalas, o que obriga a que a definição dos propósitos e, por força de razão, dos conteúdos de um RMDE sejam suficientemente abrangentes. Isto porque:

> *X – Claro que me faz sentido informação para a qualidade em cada um dos serviços, mas enquanto gestora de uma unidade de cuidados sinto a necessidade de ter informação que os meus pares, que não são enfermeiros, compreendam aquilo que se refere à enfermagem. Temos que ter estas duas visões. Eu penso num RMDE assim.*
>
> *Grupo de discussão, Maio de 2003*

A intervenção deste participante traduz a necessidade da construção de pontes entre a informação agregada relativamente aos cuidados de enfermagem e a demais informação

disponível nas bases de dados da saúde. Na realidade, este foi um aspecto que o grupo de discussão tomou como primordial nos seus trabalhos e decisões.

Na mesma linha, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2003) foi outro dos elementos-chave das influências que o grupo de discussão incorporou nos seus trabalhos. A preocupação com a discussão deste documento revela um sentido que está para além do círculo restrito da enfermagem e dos enfermeiros. Desta forma, a discussão acerca da definição de um RMDE é colocada no quadro das *"... novas orientações estratégicas para o sector da saúde (...) com um horizonte de 10 anos..."* (p. 1).

> *X – O PNS assume que um dos problemas da qualidade é a falta de indicadores de resultado, o que, de alguma forma vem dar força àquela posição de querermos um RMDE, fundamentalmente para os resultados. Acho que isto é muito importante.*
>
> *Y – Se repararmos, o próprio PNS toca em coisas que tem muito a ver, desculpem eu puxar a brasa à minha sardinha* (Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária)*, como a mudança de estilos de vida, o acompanhamento das grávidas e dos doentes crónicos, o problema dos cuidados continuados e paliativos. Acho que o RMDE tem que dar resposta a estes aspectos... isto tem muito a ver com enfermagem.*
>
> Reparo que a análise do PNS gera grande entusiasmo nos participantes, em particular naqueles que são provenientes dos CS, as discussões que se fazem a seu respeito são muito intensas, talvez porque*: "... isto tem muito a ver com enfermagem".*

Em conclusão, podemos dizer que as influências de fundo que estiveram presentes no processo de definição dos propósitos para o modelo de agregação de dados de enfermagem, foram os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem da OE e o PNS. A análise das finalidades associadas aos RMDE em uso internacionalmente serviram de ponto de partida e marco de início de todo o trajecto que aqui discutimos.

3.1.1.2 O recurso informação

Os Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem da OE constituíram um marco estruturante dos fundamentos dos propósitos do modelo de agregação de dados, o que colocou a problemática da melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no centro da discussão.

> *X – Se no meu serviço detectar uma dificuldade em diagnosticar o risco de aspiração, temos que desenvolver acções para habilitar os colegas a desempenhar melhor essa função. Se nós tivermos dados, que de forma objectiva, que nos digam o quanto nós estamos a ser capazes de identificar as pessoas em risco de aspiração, ou a percentagem de doentes que aprenderam a trocar o saco de colostomia... e se estes resultados forem fracos, então temos que melhorar, em primeiro lugar essas áreas, e manter as outras em que já estamos bem como as úlceras de pressão. O RMDE deve servir, em primeiro lugar, para isto... é aquilo que a OE diz e eu concordo plenamente.*

> *Y – Quem é que não concorda com isso? O problema é ter os dados... se nós conseguirmos isso, acho que já é muito bom. Precisamos de ir tendo esse tipo de informação, por exemplo de 3 em 3 meses, para podermos analisar grandes quantidades de dados. Este não é um trabalho para se fazer todos os dias. Os indicadores que podemos produzir não são indicadores de um doente, mas de grandes quantidades de doentes. Todos os dias, cada um de nós procura fazer bem as coisas... e temos consciência, cada um, do que estamos a fazer por cada doente... agora com dados... muito dados objectivos... isso é mais complicado.*
>
> Grupo de discussão, Julho de 2003

A promoção e melhoria da qualidade, tendo por base informação acerca dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem, a partir de RMDE, tem sido destacada por vários autores (Coenen & Schonemen, 1995; Delaney & Moorhead, 1995; Blewitt & Jones, 1996; Ozbolt, 1998; Goossen, 2000 b) e pelas organizações profissionais de enfermagem. No âmbito do nosso estudo, a viabilização de um modelo de agregação de dados, capaz de fornecer informação para os programas locais de promoção e melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, representa a pedra basilar dos propósitos definidos para o RMDE.

A simultaneidade entre a produção e o consumo dos cuidados de enfermagem exige estratégias de produção e análise de indicadores de nível macroscópico (i. e: relativos a grupos de clientes ou populações) (Leprohon, 2001, p. 137), numa lógica sistemática, regular e retrospectiva, capaz de promover desenvolvimentos futuros da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Neste enquadramento, a documentação de enfermagem, os SIE e os RMDE são colocados num contexto estratégico em que a informação é um recurso capaz de acrescentar valor às práticas.

3.1.1.3 O RMDE: parte dos SIE

O estudo de Sousa e colaboradores (1999) e, muito em particular, o de Silva (2001) colocam em evidência o facto de ser imprescindível acompanhar as decisões acerca dos SIE com discussões sobre as políticas de definição de RMDE. Esta necessidade assenta nas relações que se estabelecem entre os RMDE e os SIE. Em Portugal, existem algumas experiências que colocam em destaque aquela relação e tudo o que diz respeito às tentativas de recolher dados referentes aos cuidados de enfermagem.

> *X – Eu falo por mim e por aquilo que conheço da realidade de muitos CS. Muitas vezes, aqueles mapas de dados que são disponibilizados às SRS, e à própria ARS, têm várias lacunas... eu sei o peso que isto que eu estou aqui a dizer tem... o peso e a responsabilidade, mas é uma realidade. Porquê? Porque como os registos de enfermagem são, falo pela realidade que conheço, muito elementares ou fracos...*
>
> Grupo de Discussão, Maio 2003

A fiabilidade dos dados, que em muito deriva das condições sob as quais o material é

recolhido, surge como um elemento que merece discussão e reflexão. Definir e implementar um RMDE é, acima de tudo, definir as condições para que um determinado conjunto de dados, relativos ao exercício profissional dos enfermeiros, seja recolhido com requisitos de comparabilidade e fiabilidade.

> *Y – Aquilo que o X acabou de dizer não é nada que me surpreenda. No meu hospital existe a classificação de doentes por graus de dependência, essencialmente para determinar o número de enfermeiros, ou horas de cuidados, necessários no turno. Eu sou auditora do sistema, que é a única forma, independentemente das limitações que tem, de calcular as horas de cuidados necessária; mas sei e reconheço que porque os enfermeiros, para além dos registos normais sobre os cuidados, ainda têm que preencher uns dados para o sistema de classificação de doentes, são muito renitentes, o que pode fazer com que os dados tenham alguns problemas... por isso é que existem as auditorias (...). Aquilo exige mais uns registos, mais tempo gasto a documentar umas coisas. Acho que este é um problema que aquilo que o IGIF designa por módulo único vai resolver. A ideia é a partir dos registos normais dos enfermeiros irmos lá buscar os dados... um RMDE é a mesma coisa.*
>
> *X – É evidente que se eu falar com os meus colegas, mesmo explicando tudo, para registarem mais uns dados... fazerem mais uns registos, não vai ser possível um RMDE...*
>
> Em jeito de sentença, Z acrescenta*: Também espero que isto não vá dar em mais uns registos que os enfermeiros têm de fazer para determinado estudo, porque isso vai acabar por consumir mais horas de cuidados.*
>
> *T – A forma ideal é que os dados que são necessários (…) estejam nos registos habituais, do dia – a – dia dos enfermeiros. Assim, há sempre dados, depois é só ir lá tirá-los.*
>
> Grupo de discussão, Maio 2003

O discurso dos participantes, para além de tocar em alguns dos factores que podem condicionar a viabilização de um modelo de agregação de dados de enfermagem (o que merecerá a devida discussão nesta dissertação), coloca a tónica na existência de um plano regular e sistemático de recolha e análise de um conjunto de dados relativos aos cuidados de enfermagem, que é viabilizado pela sua incorporação nos conteúdos em uso nos SIE, nos diferentes contextos de acção. Nesta perspectiva, um RMDE representa uma parte da informação documentada regularmente pelos enfermeiros e um *output* dos SIE, idealmente obtido de forma automática; o que está de acordo com aquilo que Goossen (2000b) encontrou com um painel de peritos, na definição de um modelo de referência para os SIE. O princípio que está subjacente à relação preconizada entre os RMDE e os SIE é o de "*introduzir o dado uma vez e utilizá-lo tantas vezes quantas as que forem necessárias"* (Idem, p. 72), o que é consistente com os resultados da investigação que se tem ocupado com os SIE e o potencial de agregação de dados (Zielstorff et al., 1988; Silva, 2001; Volrathongchai et al., 2003).

> *X – É claro que se nós quisermos dados sobre as úlceras de pressão ou sobre os doentes dependentes no auto cuidado, isso tem que ser documentado sempre pelos enfermeiros... sempre que os doentes apresentem esses problemas, claro que continuando a documentar todo o resto dos aspectos que achem que são necessários.*
>
> *Y – Esta informação tem que ser documentada em todos os serviços de mesma maneira, claro que com a CIPE®. A classificação é muito importante para isso.*
>
> *Z – Eu tenho claro para mim, desde o início e à medida que foi ficando por dentro disto dos RMDE que sem a CIPE® é impossível. Lembram-se que no primeiro ou segundo encontro eu fiz uma pergunta ao Filipe: No meu centro de saúde não utilizamos a CIPE®, também posso ter resumos mínimos? Na altura o Filipe disse-me para ter calma, e eu tenho... mas, sem CIPE® não vou poder ter... ou melhor temos que introduzir a CIPE® no meu centro de saúde, ainda bem que existe um pretexto para isso, há muito que me andava a bater por isso... se calhar agora vai ser mais fácil mostrar a necessidade da CIPE® aos colegas.*
>
> Grupo de discussão, Junho 2003

Como vimos no enquadramento da problemática em que se situa o estudo; um dos requisitos essenciais para a viabilização de RMDE é a utilização de linguagem classificada, em particular para documentar os elementos clínicos de enfermagem. Nos contextos envolvidos no projecto com SIE consistentes (ANA, 1995; Goossen, 2000b; Silva, op. cit.), independentemente do suporte, o vocabulário controlado em uso é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (ICN, 2000; 2002). Esta classificação, para além de fornecer a estrutura substantiva para nomear as intervenções de enfermagem, é capaz de fornecer os blocos semânticos necessários para documentar, quer as necessidades em cuidados de enfermagem, quer os resultados dos cuidados. Pelo exposto anteriormente e tendo em consideração o consenso que se gerou na comunidade de enfermagem portuguesa em torno da CIPE®, foi com naturalidade que o grupo de discussão optou pela CIPE® (versão Beta 2), enquanto matriz de referência na nomeação dos itens e categorias de informação centrais do RMDE.

As unidades de cuidados participantes no estudo que ainda utilizavam SIE do tipo I, para além de participarem nos consensos em torno da linguagem classificada de enfermagem a utilizar no RMDE – a CIPE® –, compreenderam a necessidade de incorporar na sua documentação uma estratégia de organização estrutural que permita distinguir e relacionar as entidades: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

> Durante o intervalo para o café o colega X chama-me para a sua mesa.
>
> *X – Filipe, tu vais ter que nos ajudar a implementar a CIPE® no nosso centro de saúde, se mais não for para as pessoas começarem a documentar como, por exemplo em Vila Real, pelo menos os fenómenos e as intervenções que nos interessam para o RMDE... para*

> *aquilo que escolhermos para nós... esses fenómenos e intervenções vão ter que estar registados com a CIPE® (...). Temos que tratar disso, quero passar a ter tudo com a CIPE®, tudo registado, depois é só retirar os dados mínimos... quero evoluir para isso.*
>
> Notas de Campo, Junho de 2003

Dadas as diferenças que ainda persistem em Portugal no que concerne aos tipos e qualidade dos SIE em uso, a definição e implementação de RMDE pode constituir uma via interessante para aumentar a informação relativa aos cuidados de enfermagem nas bases de dados da saúde, à semelhança daquilo que tem vindo a acontecer noutras realidades (Sermeus et al., 1994; Goossen, 2000b; Volrathongchai et al., 2003).

O RMDE deixa de ser conceptualizado como o mínimo de dados que deve ser documentado, e passa a ser entendido como a parte mínima de toda a documentação de enfermagem que é recolhida e, acrescentamos desde já, analisada com requisitos partilhados pelos diferentes locais de origem da informação, permitindo-nos falar de um conjunto comum de itens de informação de enfermagem; até porque, *"em termos de enfermagem (...) o RMDE é uma base mínima comum a todos os locais, que está nos registos"* (Grupo de discussão, Junho 2003). Nesta medida, a informação e o conhecimento que se gera a partir de um RMDE reportam-se sempre a dados que têm a sua origem na documentação da relação de cuidados, o que nos coloca perante as lógicas de agregação de dados capazes de servir os propósitos do modelo.

3.1.1.4 A agregação de dados

Na exploração teórica que no primeiro capítulo desta dissertação fizemos acerca da problemática em estudo, destacamos que a grande maioria das iniciativas de definição de RMDE postulavam uma lógica de agregação de dados que fosse do nível mais atómico (da relação de cuidados) ao nível mais elevado da tomada de decisão em saúde. Se, em termos teóricos, isto é mesmo assim, a relação entre as finalidades de um modelo de agregação de dados e a sua lógica real de junção da informação é por demais estreita.

> *X – Eu quero, fundamentalmente, dados (…) sobre o meu serviço, porque o que me preocupa é a promoção da qualidade dos cuidados no meu serviço. Agora, também percebo aquilo que a Y diz, também temos que ter informação que ao mais alto nível seja compreensível.*
>
> Y retoma a intervenção que tinha sido interrompida por X – *Volto a repetir: claro que me interessa informação para os serviços melhorarem a sua qualidade, mas como enfermeira directora não posso esquecer que me debato diariamente com dificuldades de gestão relacionadas com a falta de informação de enfermagem sobre a minha instituição, como um todo. A negociação política precisa disso.*
>
> *Z – Basta ver quantas vezes os altos dirigentes da saúde utilizam estatísticas de enfermagem nos seus discursos... utilizam estatísticas da saúde, mas que de facto são estatísticas médicas. Isso não está mal, não utilizam outras*

> *porque não existem. Se isto de um RMDE permitir ter estas estatísticas de enfermagem, isso é bom para o nosso sistema de saúde (...).*
>
> *T – Se nós tivermos dados de cada um dos serviços, ok... podemos utilizá-los; depois se os juntarmos aos outros serviços, temos os dados de um hospital e por aí fora... eu acho que é assim. Assim, temos dados para os serviços e para o Ministério ou ARS.*
>
> *X – Mas será que depois os vão usar?*
>
> *T – Isso é outro problema... se existirem... talvez! Mas, não sei.*
>
> Grupo de discussão, Junho de 2003

Se é um facto que os discursos políticos em saúde não têm sido sustentados por informação específica de enfermagem, não é menos verdade que a fraca consolidação de climas promotores da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, à escala de cada contexto de acção, se deve à ausência de uma estratégia de recolha e análise regular de um conjunto mínimo de dados de enfermagem. A definição de um RMDE e da respectiva lógica de agregação de dados, de acordo com os discursos produzidos no grupo de discussão, coloca-se entre dois níveis extremos de utilização da informação – ao nível de cada um dos serviços ou centro de saúde, e ao nível da tomada de decisão política em saúde. Da conjugação das duas perspectivas depende o cumprimento dos propósitos definidos, no seio do grupo de discussão.

> *X – Nós temos discutido muito a questão da qualidade nos serviços... eu concordo totalmente com esse objectivo para o nosso RMDE, mas já foi aqui falado, por várias vezes, o problema da ausência de enfermagem nos discursos da saúde (...), mas também precisamos de informação, para aquilo que se diz ser as políticas de saúde.*
>
> *Y – É como alguém, parece-me que foi a T, já disse: nós queremos informação para a promoção da qualidade dos serviços e queremos que a informação seja útil para os gestores e administradores da saúde. Os dados do serviço de obstetrícia do Hospital de Pedro Hispano, à partida, não interessam nada à ARS... o que interessa são os dados de Matosinhos ou até os dados das obstetrícias como um todo. Mas para a Enfermeira Directora da ULS já interessam os (…) de obstetrícia... há aqui vários níveis. A T disse muito bem: se tivermos dados de cada um dos serviços podemos ir juntando ou agregando, como dizes, para a Directora, o Conselho de Administração da ULS, para a ARS... acho que é assim.*

Se pensarmos num lógica de agregação de dados metaforicamente representada por uma escada, desde que nenhum degrau seja negligenciado, é possível termos informação desde o nível mais atómico e específico até ao nível mais genérico.

Figura 1 – Pirâmide de agregação de dados de enfermagem

Porque a informação e o conhecimento que resultam da agregação, sem os dados que lhe estão na origem, não podem mais ser desagregados, importa considerar um modelo de junção da informação que se faça degrau a degrau, por forma a responder às diferentes necessidades, dos diferentes níveis de gestão e administração em saúde. Com esta perspectiva de agregação dos dados, feita degrau a degrau, é possível responder a propósitos orientados para a gestão e promoção da qualidade do exercício, à escala de cada contexto específico de acção das práticas, e para a disponibilização de informação capaz de influenciar positivamente as tomadas de decisão em saúde, a todos os níveis.

Paralelamente, a incorporação do modelo de agregação de dados de enfermagem nas estruturas da RIS, possibilita lógicas de análise e agregação da informação complementares, que se podem configurar como muito úteis. Mesmo à escala de um serviço hospitalar concreto ou de um centro de saúde, é possível agregar os dados tendo por referência, respectivamente, o GDH ou o Programa da Saúde em que o cliente está inserido. Estas possibilidades de análise, para além de permitirem o conhecimento particular de aspectos de saúde relacionados com grupos específicos de clientes, poderão potenciar a articulação entre os diferentes grupos profissionais da saúde, colocando a informação num registo compreensível para todos.

> *X – Como sabes, no meu serviço estamos a pensar fazer um trabalho de melhoria da qualidade dos cuidados aos doentes com AVC. Quando falamos com o Director do serviço e lhe apresentamos a informação toda que estávamos a pensar utilizar, em referência ao diagnóstico* (médico) *de AVC, ele percebeu tudo e ficou todo entusiasmado. Acho que é por aí o caminho... as parcerias que tanta gente fala passam por aí.*
>
> Notas de Campo, Outubro de 2003

Acreditamos que o desenvolvimento de estratégias de agregação de dados que permitam

a construção de pontes sobre os muros da significação entre os diferentes actores no cenário da saúde, para além de, em primeiro lugar, concorrer para a melhoria da qualidade da assistência, pode aumentar a visibilidade dos cuidados de enfermagem.

3.1.1.5 A "visibilidade" dos cuidados de enfermagem

A problemática da visibilidade dos cuidados de enfermagem, o mesmo é dizer da Enfermagem, tem ocupado muitas das discussões feitas nos últimos anos em congressos, seminários e encontros de enfermeiros em Portugal. O aumento da frequência deste tipo de discussões foi estando associada às actividades de reformulação dos SIE, incorporando a CIPE® e à publicação e divulgação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001). Este movimento está em sintonia com aquilo que tem acontecido internacionalmente a pretexto dos trabalhos de desenvolvimento de SIE, RMDE e classificações de enfermagem (Clark & Delaney, 2000) e com os consensos gerados em torno da necessidade de *"tornar a enfermagem visível"* (Goossen, 2000b).

Em 1992, a respeito do carácter imprescindível duma classificação internacional de enfermagem, numa conferência, Norma Lang proferiu uma frase que é sempre chamada para os fóruns em que se debate a problemática da visibilidade dos cuidados de enfermagem: *"O que não formos capazes de nomear, não seremos capazes de controlar, financiar, ensinar, investigar ou introduzir nas decisões políticas"*. Como não podia deixar de ser, as discussões geradas no seio do grupo tiveram aquela afirmação por pano de fundo.

> *X – O RMDE deve-nos permitir dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, temos discutido muito isso... vejam as estatísticas da saúde... onde é que lá está o trabalho dos enfermeiros? Podem-me dizer que está em tudo... eu não penso assim, perguntem às pessoas nas ruas o que é que os enfermeiros fazem, qual é a imagem dos enfermeiros... se calhar a culpa é muito nossa. Eu acho que temos que tornar visível o que os enfermeiros fazem... o RMDE tem que nos dar esta resposta... não só esta, mas também esta. O meu hospital há uns tempos produziu um documento sobre a produtividade dos serviços cirúrgicos e do bloco operatório. Se formos ler este documento temos indicadores sobre o n.º de cirurgias realizadas, a demora média dos doentes em cada um dos serviços, doentes que tiveram necessidade de ser (re) intervencionados nas 72 horas após a primeira cirurgia, taxas de infecções da ferida operatória desenvolvidas... são só alguns exemplos. Bem sei que o relatório foi feito por médicos, mas lá está enfermagem... pensem só nas infecções da ferida ou nos doentes que foram mais cedo embora porque os ensinamos a tossir eficazmente ou a controlar a dor...* (faz uma pausa longa)*. Dados sobre isto? Nada... isso diz muito do trabalho dos enfermeiros... o RMDE tem que ser visto nesta realidade. Eu acho que o RMDE, como já foi sendo dito, tem que ser para a área independente... para as intervenções independentes.*
>
> Gera-se um grande silêncio, seguido de comentários que revelam acordo com

> o teor da intervenção. Entretanto:
>
> *Y – Bom... as intervenções, interdependentes ou autónomas... têm o mesmo valor. Esta discussão prende-se com a falta de visibilidade que as autónomas têm. Diariamente eu faço dotação de pessoal, e tenho o sistema de classificação de doentes, classificação que assenta, essencialmente nas intervenções interdependentes. Mas, se eu deixar de documentar as medicações e tratamentos... dá-se logo conta... Não está criada a necessidade de produzir dados (…) sobre a área autónoma.*
>
> Grupo de discussão, Junho 2003

O exercício profissional dos enfermeiros inclui intervenções *"... iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas)"* (OE, 2003, p. 146). A dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros, onde se inscrevem as intervenções autónomas, refere-se à tomada de decisão clínica de enfermagem. A tomada de decisão em enfermagem, como vimos no enquadramento da problemática do nosso estudo, tem sido colocada no contexto do conceito do(s) processo(s) de enfermagem, tido como central para o domínio da Enfermagem (Meleis, 2005). Assim, a tomada de decisão ou a dimensão autónoma da enfermagem fundamenta-se na dinâmica de avaliação e diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções autónomas, e avaliação dos resultados obtidos.

Os modelos de dados e de SIE que têm vindo a ser desenvolvidos e implementados, também em Portugal, assentam num requisito estrutural que visa organizar a informação processada e documentada, tendo por referência, quer a dimensão interdependente, quer a dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Este requisito estrutural, naquilo que diz respeito à dimensão autónoma da enfermagem, contribui para a valorização dos dados associados à tomada de decisão dos enfermeiros, o incremento da sua sistematização e a viabilização da produção de informação relativa aos resultados de enfermagem (Silva, 2001, p. 107 – 110).

Apesar da igual relevância das duas dimensões – interdependente e autónoma – do exercício profissional dos enfermeiros, os discursos dos participantes no grupo de discussão colocam em evidência a necessidade de, através de um RMDE, tornar visíveis os aspectos da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades que se inscrevem na dimensão independente da enfermagem. Tendo presente o valor que os resultados de enfermagem assumiam no seio do grupo de discussão e a questão da visibilidade dos cuidados de enfermagem, importava explorar a diferença entre "a visibilidade do trabalho dos enfermeiros" e a "visibilidade dos resultados de enfermagem", o que não se situa no âmbito do mero jogo das palavras.

> *X – Eu acho que esta clarificação é muito importante porque uma coisa é dar*

> *visibilidade ao que os enfermeiros fazem e que é muito, quer dizer às intervenções de enfermagem... àquilo que nós podíamos dizer como dados relativos às intervenções de enfermagem. Por exemplo, taxa de banhos realizados em doentes internados no serviço, taxa de tratamentos às feridas cirúrgicas realizadas no serviço... estou a pegar em exemplos do RMDE da Bélgica. Mas não, nós queremos é dar visibilidade aos resultados de enfermagem... isso é mais complicado... mas como dizia a T é muito necessário.*
>
> *Y – Colegas... daquilo que a X está a dizer até parece que alguns indicadores, que podemos dizer de processo, não interessam nada. Eu não concordo. Nós também precisamos de indicadores para além dos que resultarem do RMDE, como é que é possível fazer a gestão de um serviço ou uma instituição sem isso... calma.*
>
> *Z – Eu concordo plenamente com a X, nós temos que nos preocupar, em termos de um RMDE, porque no dia – a – dia temos que fazer tudo - dependente ou autónomo - muito bem, com os ganhos em saúde, com os resultados que dependem muito dos cuidados de enfermagem (...). Temos que nos preocupar com a autonomia de enfermagem (...), quando falo na autonomia estou a falar na tomada de decisão de enfermagem.... O facto do RMDE se orientar para os resultados (...) não quer dizer que tu Y não possas querer e utilizar outra informação, que não do RMDE. O RMDE é uma base comum.*
>
> *Y – OK, concordo... uma coisa é falarmos de RMDE, outra é falarmos de todos os dados e indicadores que eu posso precisar para o meu hospital. Assim, concordo completamente... o RMDE, já vimos isso, não pode ter tudo... é um resumo. Dizes bem: uma base comum a todos os locais, em termos de enfermagem. Mas, concordo, o RMDE é uma base mínima comum a todos os locais, que está nos registos.*
>
> *X – É claro que eu só estava a falar de aspectos que não interessam para o nosso RMDE... no RMDE; claro que podem ter muito interesse para outras coisas. É lógico que cada um dos diferentes serviços ou C.S., eventualmente pode definir indicadores de processo... outra informação que precise para a sua realidade.*
>
> Grupo de discussão, Junho 2003

Daqui resulta uma mudança de paradigma nos discursos acerca da problemática da visibilidade dos cuidados de enfermagem, que evolui de uma ênfase centrada no *"tornar visível o que os enfermeiros fazem"* – porque o que fazem é muito –, para uma lógica de *"dar visibilidade àquilo que as pessoas, famílias e comunidades ganham com o que os enfermeiros fazem"*, fruto dos processos de tomada de decisão clínica de enfermagem.

Por outro lado, o enquadramento que fundamenta os propósitos definidos pelo grupo de discussão para o modelo de agregação de dados de enfermagem, assume que os RMDE não esgotam as necessidades de informação relativa aos cuidados de enfermagem, e muito menos de saúde, sendo desejável que localmente, cada serviço ou instituição, desenhe ou mantenha em uso métricas orientadas para dimensões da estrutura, dos processos e dos resultados, que complementem aquilo que resultar da implementação de um RMDE.

A utilização de indicadores em saúde, e em particular na enfermagem, não se inicia com este trajecto de definição de um RMDE; há um pretérito. Nesta medida, não se pretende fazer tábua rasa do passado, nem propor um paradigma alternativo para a enfermagem, por oposição à visão que vigora na saúde e está assente em: taxas de mortalidade, morbilidade, anos de vida perdidos... O propósito que se infere, a partir dos discursos dos participantes, é ir colocando em uso estratégias e modelos capazes de complementar a realidade existente, bem como, paulatinamente, ir impregnando os discursos sobre a saúde com mais enfermagem.

Esta complementaridade exige, como vimos, estratégias de agregação de dados capazes de estabelecer as ligações entre a informação de enfermagem e a demais existente nas bases de dados da saúde.

3.1.1.6 Ganhos em Saúde e Ganhos em Saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem

A mudança de paradigma a que aludimos na subcategoria anterior, no quadro dos fundamentos do modelo de agregação de dados, coloca em destaque os ganhos em saúde que as pessoas, famílias e comunidades alcançam e são sensíveis aos cuidados de enfermagem; o mesmo é dizer: os resultados verificados em determinadas condições de saúde, sensíveis à dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros.

É um facto que *"... dar visibilidade aos resultados independentes de enfermagem... é mais complicado..."* (Grupo de discussão, Junho 2003). As dificuldades que se percebem ao desenvolver um modelo de agregação de dados orientado para a tradução de resultados ou ganhos em saúde que se insiram na dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros, derivam do designado problema da atribuição dos resultados em saúde (Donabedian, 2003), do facto do exercício dos enfermeiros se situar num contexto multiprofissional e do conceito de resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Johnson, Maas & Moorhead, 2000), aspectos já explorados no enquadramento da problemática deste estudo.

> *X – Claro que é complicado, mas o nosso objectivo é dar visibilidade aquilo que a população ganha com o que fazemos... apesar de ganhar com tudo o que fazemos... importa dizer onde é que ganha mais. Vamos discutir isto: onde é que as pessoas ganham mais com os cuidados de enfermagem?*
>
> *Y – Por exemplo: porque o doente tem um alto grau de dependência para posicionar-se por causa de um estado de coma ou sonolência associado a um AVC, nós posicionámo-lo, para prevenir a ocorrência de úlcera de pressão; há alguma dúvida que onde obtemos efectivos resultados é nas úlceras de pressão? Não é no coma... acho eu.*
>
> *Z – Não, não... outro exemplo: os doentes têm hipertensão, nós até detectamos e documentamos hipertensão e referimos ao médico, mas o tratamento médico, com os anti – hipertensores é que produz resultados efectivos, na hipertensão. Agora o nosso trabalho é fazer com que a pessoa*

> *tome a medicação de forma correcta, adira ao tratamento... é a gestão do regime terapêutico que nos preocupa e depende muito de nós. Reparem: se a pessoa não gerir eficazmente nós não vamos encaminhá-la para o médico para ele lhe prescrever mais alguma coisa... temos que ser nós a trabalhar isso... a gestão do regime terapêutico é muito sensível aos cuidados de enfermagem. Temos que dizer quais são os focos sensíveis... isto vai ser muito interessante.*
>
> *T – O que nós aqui estamos a dizer é que as nossas decisões e os objectivos dos cuidados nos podem ajudar a fazer o exercício de que a X fala. Eu agora estou um bocadinho ligado a estes processos de reformulação dos SIE e temos discutido isso no mestrado que estou a fazer. Podemos perceber os objectivos pela forma como os registos estão feitos (...).. Mas, há problemas, pelo menos nos hospitais, a realidade que conheço, neste domínio da concepção dos cuidados. Pode ser difícil, mas nós dissemos que estávamos a discutir o RMDE ideal, lembram-se? Por isso, faz-me sentido a questão da X. Nós, ainda só vamos tendo muito bem a medicação, as análises... as prescrições médicas. Depois, documentamos aqueles diagnósticos de enfermagem mais óbvios e às vezes, um ou outro, documentamos aspectos mais relacionados com a gestão do regime terapêutico, a preparação dos prestadores de cuidados... mas pouco.*
>
> *O que queres dizer com diagnósticos de enfermagem mais óbvios? –* Pergunto, de forma a permitir que o participante continue a explanar o seu pensamento.
>
> *T – Tu sabes... aqueles diagnósticos mais fáceis... aqueles focos das funções, que são muito frequentes... a ferida, a hipertensão, o coma, a dispneia... estes que nós temos estado aqui a falar. Eu acho que isso é mesmo assim.*
>
> Grupo de discussão, Junho 2003

Os resultados e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem não são determinados pela frequência com que determinados aspectos de saúde surgem na documentação de enfermagem. Se assim fosse, os focos em que se verificariam resultados mais sensíveis aos cuidados de enfermagem seriam do âmbito das funções ou processos corporais fisiológicos.

Com efeito, a análise da documentação demonstra que as funções continuam a constituir o principal domínio dos focos de atenção da CIPE® utilizados na formulação dos diagnósticos de enfermagem (Silva, 2001). Todavia, à medida que aumenta a reflexão sobre os cuidados, os seus objectivos e resultados esperados, novas áreas assumem especial relevo.

Os problemas identificados por um dos participantes relativos à documentação de enfermagem, mesmo em contextos de utilização de SIE do tipo II, podem também ser lidos à luz das diferenças que existem entre os modelos expostos e os modelos em uso relativamente à forma como os cuidados de enfermagem são interpretados. No estudo que realizou, Basto (1998) percebeu que *"... os cuidados de enfermagem estavam orientados para a forma de fazer/processo e não para os resultados, sendo esta última a*

expectativa veiculada pelo discurso profissional" (p. 82).

A necessária aproximação dos modelos em uso aos modelos expostos, pode ser promovida pela discussão e clarificação dos resultados esperados numa determinada situação de cuidados (Silva, 2001). No âmbito do grupo de discussão, esta análise que se inicia parece revelar a existência de diagnósticos de enfermagem que mais não são que sinais e sintomas dos problemas médicos que os clientes apresentam, funcionando como o *trigger* para a definição de outras áreas, essas sim, mais dependentes da decisão de enfermagem (i. e: *Coma – prevenção das Úlceras de pressão; Hipertensão – Gestão do regime terapêutico eficaz; Deglutição comprometida – Prevenção da Aspiração*). Os diferentes estatutos que os diagnósticos de enfermagem parecem assumir constituem matéria suficiente para posterior exploração. Por agora, a discussão em torno da sensibilidade aos cuidados de enfermagem é colocada em termos de resultados *"sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros".*

> *X – O RMDE deve traduzir a tomada de decisão de enfermagem, até porque se nós estamos preocupados... e hoje temos consciência que ninguém sabe ou tem noção de quais são os cuidados de saúde / necessidades de saúde que são sensíveis aos cuidados de enfermagem e os resultados que produzimos; eu acho que é emergente, e se calhar deste trabalho pode sair alguma coisa que nos ajude neste capítulo, que nos ajude a centrar os cuidados no essencial...*
>
> Grupo de discussão, Junho de 2003

A definição de aspectos de saúde mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, para além de nos auxiliar na identificação da estrutura substantiva e nuclear do RMDE, pode constituir um pretexto interessante na assunção da enfermagem enquanto profissão de concepção e na clarificação do *Core* das dimensões de saúde com interesse para a disciplina. No entanto:

> *X – Eu tenho a ideia que aquilo que nós dissermos aqui que são as principais áreas em que queremos avaliar resultados, mesmo que tendo em consideração aquilo que os colegas possam dizer com o questionário, daqui a algum tempo já não o seja... não traduza as reais necessidades... Percebo que isto é complicado. É complicado e uma responsabilidade. Temos que pensar muito bem nisto tudo e ir com calma.*
>
> *Y – As coisas são mesmo assim... em mudança. Se não fosse assim, ainda estávamos aqui a dizer que os registos de enfermagem devem ser: claros, precisos e concisos, como aprendi há quase vinte anos na escola, e era tudo que se falava em termos de documentação de enfermagem. Vamos para a frente, ninguém nos impede de daqui a uns tempos dizermos que queremos dados sobre coisas diferentes das que decidirmos agora.*
>
> Mais que traduzir para este excerto aquilo que foi a resposta que dei à Y, apercebi-me do balanço que tinha que fazer entre os participantes que eram mais entusiastas e aqueles que, estando plenamente envolvidos no trabalho, tinham mais reservas e cautelas. O meu entusiasmo também foi difícil de

> controlar. Ainda bem que o grupo é heterogéneo neste particular.
>
> *Grupo de discussão, Julho de 2003*

Quer os propósitos, quer a estrutura substantiva desenvolvida para o RMDE têm um contexto e um conjunto de circunstâncias envolventes, pelo que urge sublinhar o carácter mutável e actualizável do modelo. Contudo, à semelhança da disciplina de enfermagem (Meleis, 2005), acreditamos que existem ou devem existir aspectos do modelo que sejam mais estáveis, diríamos mesmo, muito estáveis, pelo que aquilo que poderá dar consistência ao modelo de agregação de dados desenvolvido são os seus propósitos.

3.1.2 Os propósitos do modelo

Os fundamentos que fomos discutindo ao longo dos parágrafos anteriores, permitiram-nos evoluir nos propósitos consensualizados pelo grupo de discussão.

Os propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados representam a segunda categoria incluída dentro da temática do *"para quê?"* RMDE. Aqui, destacam-se duas subcategorias: uma relativa à descrição de necessidades e resultados de enfermagem e outra, preocupada com o fornecimento de informação útil aos diferentes níveis da tomada de decisão em saúde. Estas subcategorias fazem a síntese do trabalho empreendido pelo grupo de discussão centrado na definição das finalidades do modelo de agregação de dados. Nesta perspectiva, devem ser lidas à luz dos fundamentos explorados anteriormente, dos quais dependem e derivam.

3.1.2.1 Descrever necessidades e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem

O potencial do modelo de agregação de dados para constituir informação capaz de, com sistemática e regularidade, expressar as principais necessidades e resultados de enfermagem que dependem da tomada de decisão dos enfermeiros, representa um eixo estruturante dos propósitos para o RMDE.

> *X – Acho que assim, ao ter os focos mais sensíveis aos cuidados, o RMDE, se for recolhido sempre (…), vai-nos dar uma informação importante... que nós ainda não temos e que eu acho que é muito importante. Vai-nos dizendo como é que aqueles problemas vão estando e que resultados vamos produzindo. É uma informação que vai estar ali, sempre actual, sobre aquelas áreas. Só se for assim é que faz sentido.*
>
> *Y – Estamos a falar daquelas áreas que dependem muito dos cuidados de enfermagem, daquilo que nós temos dito como altamente sensível à nossa tomada de decisão. Para mim, isto é muito interessante; estou a pensar no meu serviço, vamos ter uma informação sempre ali à mão, deixem-me dizer assim, acerca das áreas centrais, que dizem respeito ao nosso serviço... são dados para melhorarmos os cuidados. Acho que é por aqui...*
>
> *Grupo de discussão, Novembro de 2003*

Esta dimensão dos propósitos tem por base um perfil epidemiológico e um carácter mais

operacional. Desta forma, podemos dizer que o modelo de agregação de dados tem por objectivos traduzir:

- *As principais necessidades em cuidados de enfermagem da população;*
- *Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.*

Contudo, para além desta visão mais operacional e pragmática, dos discursos dos participantes no grupo de discussão também emerge uma dimensão mais estratégica, orientada pelo valor que a informação resultante do modelo de agregação de dados pode ter para os diferentes níveis da tomada de decisão em saúde.

3.1.2.2 Fornecer informação para os diferentes níveis da tomada de decisão

Esta subcategoria relativa aos propósitos do modelo de agregação de dados alarga os horizontes associados ao potencial da informação resultante do modelo, colocando em destaque o valor dos activos informacionais gerados, ao nível dos diferentes contextos da tomada de decisão em saúde.

Aqui, a informação e o conhecimento que decorre do modelo de agregação de dados de enfermagem é colocada num quadro de gestão pró – activa, orientada por uma cultura de planeamento e antecipação, tendo por horizonte a qualidade dos cuidados.

> *X – Nós fomos falando muito da importância destes dados para cada um dos nossos serviços. Claro que também estou a pensar nisso, mas acho, como já foi dito aqui há dois ou três encontros, esta informação pode ser muito importante para Direcções de Enfermagem, Conselhos de Administração das instituições e a própria ARS. Um dos grandes problemas do planeamento em saúde tem que ver com a falta de informação.*
>
> *Y – Concordo plenamente, nós temos que fazer o planeamento na Sub Região e temos sempre dificuldades, por causa da falta de dados actuais. Tenho grande esperança nisto. Acho que vamos todos ser ajudados com estes dados, cada um dos serviços e as próprias instituições... e não só. O próprio Ministério pode usar esta informação (…). É informação relativa à saúde das pessoas.*
>
> Grupo de discussão, Janeiro de 2004

Este segundo pilar dos propósitos do modelo de agregação de dados está inserido numa dimensão mais estratégica, centrado no impacte e utilização da informação nos diferentes níveis da tomada de decisão em saúde. Assim, pretende-se:

- *Fornecer informação útil para a definição, implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;*
- *Disponibilizar informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde.*

Como vimos no enquadramento da problemática em estudo, segundo Werley e

colaboradores (1991, p. 423 - 425), da implementação e utilização de RMDE decorrem três tipos de benefícios:

a) Descrição e comparação regular das necessidades em cuidados de enfermagem, em diferentes contextos de cuidados, áreas geográficas e grupos de clientes; identificação de padrões de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; projecção de tendências de enfermagem ao longo do tempo.

b) Avaliação do custo / benefício e efectividade das intervenções de enfermagem, face aos diferentes diagnósticos; aumento da informação disponível para assegurar a qualidade dos cuidados; aumento da quantidade de informação de enfermagem disponível para os gestores e decisores políticos.

c) Constituição de extensas bases de dados para efeitos da investigação em enfermagem e incremento da prática baseada na evidência; criação de impulsos para o refinamento dos SIE e das redes de informação da saúde.

Ao cruzarmos as duas subcategorias relativas aos propósitos consensualizados para o RMDE neste estudo, com os benefícios mencionados por Werley e colaboradores (Idem), constatámos que o primeiro grupo de objectivos, para o modelo de agregação de dados em desenvolvimento, se inscreve no contexto do primeiro tipo de benefícios apontados por estes autores; existindo uma relação directa entre o segundo grupo de propósitos e o segundo tipo de benefícios descritos.

Apesar de não ser propósito consensualizado para o RMDE a promoção da investigação, uma vez implementado e consolidado aquele conjunto mínimo de dados, constitui-se um importante recurso para efeitos do progresso de pesquisas dirigidas à natureza específica da enfermagem. Por outro lado, tendo em consideração aquilo que já foi acontecendo ao longo deste projecto, julgamos que a quantidade e a qualidade da informação de enfermagem documentada será objecto de discussão e melhoria, bem como os SIE em uso nos diferentes ambientes de cuidados.

Neste enquadramento, podemos afirmar a consistência que existe entre os propósitos definidos pelo grupo de discussão e aquilo que genericamente a literatura de referência nos indica. Isto, não só por aquilo que resulta da análise que empreendemos à luz das posições de Werley e colaboradores (Idem), mas também com base naquilo que Clark & Delaney (2000) e Goossen (2000b) sustentam.

Apesar da congruência genérica entre os propósitos consensualizados pelo grupo de discussão e aquilo que a literatura advoga, as posições dos participantes no grupo de discussão colocaram em destaque um aspecto que reportamos como basilar: os contributos que o RMDE pode fornecer para a promoção contínua da qualidade do

exercício profissional dos enfermeiros. Este facto, de acordo com o curso das reflexões levadas a cabo pelos participantes, é resultado da grande influência que os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem da OE exerceram sobre o trabalho desenvolvido.

Aqui, destaca-se uma preocupação crescente com a qualidade, a qual é conceptualizada como um imperativo do exercício, baseado em abordagens sistemáticas, regulares e permanentes, o que exige informação manejável e actualizada. Neste quadro, os RMDE são entendidos como um recurso estratégico a incluir no processo de criação, implementação e consolidação de climas promotores da qualidade, à escala de cada serviço ou centro de saúde.

Apontados os propósitos do modelo de agregação de dados, evoluímos para a definição dos itens e categorias de informação específicas do RMDE, o mesmo é dizer: para os seus conteúdos substantivos.

3.2 RMDE: sobre o quê?

Nesta segunda parte do terceiro capítulo da dissertação procuramos, a partir dos propósitos definidos para o modelo de agregação de dados, discutir os seus elementos substantivos centrais. Importa-nos explorar as razões que sustentam a construção do RMDE à volta de um conjunto de focos de atenção da prática, respectivos diagnósticos e de um painel de intervenções de enfermagem. Para isso, recorremos a dados que emergiram do grupo de discussão, das notas de campo e do primeiro questionário que foi lançado.

Ao concebermos o RMDE como um sub – conjunto particular e específico da documentação de enfermagem, vemo-nos confrontados com a necessidade de tornar evidentes as escolhas realizadas. Com efeito, não é possível ter RMDE sobre tudo; até porque, ao querermos informação sobre tudo, podemos perpetuar a realidade actual de termos dados sobre quase nada. Assim, discutir RMDE implica fazer escolhas. Como não podia deixar de ser, os propósitos consensualizados pelo grupo de discussão para o modelo de agregação de dados, constituíram o suporte das opções tomadas.

Neste cenário, podemos recolocar a questão neste termos: *Sobre que aspectos de saúde devem ser documentados e recolhidos, com carácter sistemático e regular, dados relativos aos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e comunidades, de forma a cumprir os propósitos definidos para o RMDE?* Na realidade, esta foi a questão que presidiu a uma parte significativa das reflexões empreendidas no grupo de discussão.

A partir desta questão e tendo por referência o conceito de “sensibilidade aos cuidados

de enfermagem", dos dados disponíveis emergiram duas grandes categorias: uma relativa à sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros, dos diferentes aspectos de saúde com relevância para a prática; e outra, centrada nas intervenções capazes de, efectivamente, contribuírem para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

3.2.1 Os Focos da prática, os diagnósticos e resultados de enfermagem e a sensibilidade aos cuidados de enfermagem

Ao pensarmos num RMDE orientado para a tradução das principais necessidades em cuidados de enfermagem e respectivos resultados, somos colocados perante a necessidade de clarificar quais são os focos da prática que dependem de forma significativa da tomada de decisão dos enfermeiros. Para esta discussão, o conceito de sensibilidade aos cuidados de enfermagem que exploramos, quer no enquadramento da problemática, quer nos fundamentos dos propósitos do modelo de agregação de dados, afigura-se como primordial. O trabalho realizado pelo grupo de discussão, neste particular da sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem dos diferentes focos de atenção, foi beneficiado pela realização da primeira ronda do estudo de Delphi, de acordo com a abordagem metodológica que adoptámos.

Um foco da prática é uma *"área de atenção relevante para a enfermagem"* (ICN, 2005, p. 33), de acordo com aquilo que está *"... descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional da enfermagem"* (Idem, 2002, p. xv). São exemplos: a *Dor*, a *Adesão ao Regime Terapêutico*, o(s) *Auto cuidado*(s)... As opiniões ou juízos clínicos dos enfermeiros sobre o estado de um foco da prática conduzem à formulação de diagnósticos de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem representa, assim, o *"julgamento clínico sobre as respostas reais ou potenciais dos indivíduos, famílias ou comunidades aos problemas de saúde e processos* (transições) *de vida"* (NANDA, 2003, p. 263). Nesta definição, os processos de vida podem ser entendidos como sinónimos das modificações na saúde, ambiente ou relações que exigem dos indivíduos, enquanto agentes intencionais, alterações nos seus papéis e comportamentos (Meleis, 2005). São exemplos, os desafios colocados a uma pessoa para incorporar um determinado esquema terapêutico no seu quotidiano, a necessidade de aquisição de novos conhecimentos para lidar com défices, as mudanças que decorrem do exercício da parentalidade ou da necessidade de tomar conta de uma pessoa dependente.

Em termos gerais, os diagnósticos de enfermagem podem ser reais / actuais ou potenciais (NANDA, op. cit.; ICN, 2005). Os diagnósticos actuais descrevem respostas humanas reais face às transições (ex.: *Dependência no Auto cuidado higiene em grau*

elevado). Os diagnósticos potenciais referem-se à probabilidade de ocorrência de um problema tido como negativo ou indesejável (ex.: *Risco de Úlcera de pressão*), ou à possibilidade de melhorar ainda mais um aspecto de saúde já tido como positivo (ex.: *Oportunidade de melhorar o Papel Parental*).

Os resultados de enfermagem traduzem as modificações que se operam ao longo do tempo no estado de um diagnóstico de enfermagem, com base nas intervenções de enfermagem e em todo o ambiente terapêutico que envolve o indivíduo, não sendo, por isso, sinónimo de resultados exclusivos dos cuidados de enfermagem (Johson, Maas & Moorhead, 2000; ICN, 2000, 2002, 2005).

Dada a natureza estrutural dos SIE do tipo II (Silva, 2001) e das "regras" adoptadas, com base na CIPE®, para a construção dos enunciados dos diagnósticos de enfermagem e, por consequência, dos resultados (elementos que fundamentam os conteúdos do RMDE em definição), podemos ilustrar a relação entre diagnósticos e resultados dos cuidados, com base nos exemplos anteriores. No quadro seguinte, a partir de conteúdos em uso nos SIE, apresentamos a gama de enunciados de diagnóstico que podem ser utilizados para nomear os níveis de dependência no *Auto cuidado: higiene*; assim como para qualificar o conhecimento detido sobre estratégias adaptativas.

Quadro XI – Relação entre os enunciados dos diagnósticos e os resultados / objectivos de enfermagem

Auto cuidado: higiene	
Enunciados dos diagnósticos	**Objectivos/ Resultados**
Dependência em grau elevado *Dependência em grau moderado* *Dependência em grau reduzido* *Independência* (Termo do Diagnóstico)	Promoção da independência
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene, não demonstrado *Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene, demonstrado*	Aquisição de conhecimento

Admitamos que num determinado momento, relativamente ao foco de atenção *Auto cuidado: higiene*, foram documentadas duas opiniões clínicas – *Dependência no Auto cuidado: higiene em grau elevado* e *Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene, não demonstrado*. Daqui, podemos considerar que os resultados de enfermagem / objectivos esperados são a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no *Auto cuidado: higiene*, bem como a aquisição de conhecimento, por parte da pessoa, sobre estratégias adaptativas para lidar com os défices naquele auto cuidado. A partir destes resultados fica viabilizada a produção de

informação sobre *"Ganhos em independência no auto cuidado higiene"* e *"Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene"*.

Se tomássemos o *Risco de Úlcera de pressão* como exemplo, um dos resultados / objectivos esperados para os cuidados seria a prevenção da ocorrência da situação real de *Úlcera de pressão*. Da mesma forma, vislumbra-se a viabilização de sínteses informativas capazes de traduzir, em que medida, num determinado contexto, as intervenções implementadas são efectivas na prevenção da ocorrência daquele fenómeno indesejável.

A ideia que está subjacente à emergência de um conjunto de enunciados de diagnósticos relativos a um foco de atenção, em cada situação específica de cuidados, traduz um processo em que se tece uma rede de opiniões clínicas e diferentes objectivos para os cuidados, capazes de promover a assistência às pessoas nas suas transições, em busca de uma reconstrução da sua representação mental do seu estado de saúde.

No enquadramento dos parágrafos anteriores, percebemos a centralidade dos focos de atenção como estruturantes dos conteúdos do RMDE, na medida em que os resultados de enfermagem também podem ser entendidos como as modificações que se verificam no estado dos diagnósticos, relativos a um foco da prática profissional dos enfermeiros.

Em relação aos focos de atenção e, por consequência, aos diagnósticos e resultados de enfermagem, os discursos dos participantes no grupo de discussão parecem revelar a existência de aspectos de saúde mais sensíveis à tomada de decisão em enfermagem. Este facto assume especial relevância para a definição da estrutura substantiva do RMDE, uma vez que o nosso objectivo é: traduzir as principais necessidades e resultados de enfermagem, com base num critério de "alta" sensibilidade aos cuidados.

> *X – Eu acho que podemos deixar coisas muito importantes fora. Vou a um extremo: um doente cura uma pneumonia porque o enfermeiro lhe administra o antibiótico com todo o rigor. Isto é sensível aos cuidados de enfermagem, administrar o antibiótico é uma intervenção de enfermagem...*
>
> *Y – Como alguém já disse aqui num dos encontros, acho que foi a (...), no mês passado, é dentro dos focos que nós usamos no nosso dia – a – dia que temos que fazer a escolha do que é sensível e do que não é... ou melhor do que é mais sensível e do que é menos sensível. Claro que tudo é sensível...Mas, X se tu pensares melhor...se o médico não receitar o antibiótico mais adequado, mesmo que tu lhe administres com todo o rigor, a pneumonia não cura... claro que a cura da pneumonia depende do trabalho dos enfermeiros, mas depende mais do dos médicos... da decisão médica e não da decisão de enfermagem...*
>
> *X – Eu também concordo com tudo o que dizes... só quero alertar para os riscos de dizermos, como já foi aqui falado, estas são as áreas mais sensíveis aos cuidados de enfermagem... podemos estar a deixar ficar as outras... vamos dizer assim, sem atenção... percebes?*

> *Y – Não se trata disso, trata-se de escolher um conjunto mais sensível... não quer dizer que os outros focos deixam de ter interesse para nós ou que venham a ser desprezadas. Ninguém vai deixar de vigiar e controlar a hipertermia dos doentes ou a sua hipertensão... muito menos a arritmia que a Z tanto gosta.*
>
> Grupo de discussão, Julho 2003

De facto, *"não se trata disso".* Trata-se de identificar os aspectos de saúde mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, num contexto muito concreto – o deste estudo –, e perceber que a relevância dos diferentes focos de atenção de enfermagem não se circunscreve à definição de RMDE. Na realidade, a documentação diária de enfermagem não se reduz ao processamento e recolha de dados, tendo em vista, apenas e só, o cumprimento dos propósitos aqui definidos.

Uma vez clarificados os propósitos para o modelo de agregação de dados e consensualizada a necessidade de iniciar a discussão dos conteúdos substantivos deste RMDE pela identificação dos focos de atenção mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, reunimos, como ponto de partida, um conjunto de 128 focos relevantes para o exercício profissional dos enfermeiros. Este painel de focos de atenção corresponde aos aspectos de saúde utilizados pelos enfermeiros que usam a CIPE® nos seus SIE, independentemente do suporte. Para isso, procedemos a uma análise das bases de dados do IGIF e da unidade de investigação em SIE da ESEnf. S. João. Para que um determinado foco figurasse na lista que constituímos, bastou que estivesse parametrizado nos conteúdos de um serviço ou centro de saúde. A análise do PNS e dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade da OE permitiu-nos inferir e acrescentar alguns focos à lista inicial, principalmente relacionados com as questões do *Auto controlo* (ICN, 2002, p. 51 – 52).

Os focos em discussão representam os 128 itens incluídos na segunda parte do primeiro questionário (Anexo 1) lançado no âmbito da abordagem de Delphi que usamos, de acordo com o desenho do estudo. Para os participantes do grupo de discussão ficou sempre clara a possibilidade de, à medida que os trabalhos fossem evoluindo, introduzir novos focos na discussão, o que acabou por não acontecer. A questão era escolher.

Por esta altura, Verão de 2003, entendemos oportuno lançar um primeiro questionário a todos os enfermeiros das unidades envolvidas no estudo, de forma a conhecer a sua opinião acerca dos focos de atenção com resultados mais sensíveis aos cuidados de enfermagem. A intenção subjacente a este exercício era a constituição de substratos para os trabalhos do grupo de discussão.

A amostra que obtivemos neste primeiro questionário foi constituída por 531 elementos, 111 provenientes dos centros de saúde e 420 dos serviços hospitalares. Como se pode

constatar da leitura das tabelas relativas às SRS, os distritos de Braga e do Porto, também devido à quantidade de serviços e centros de saúde envolvidos no projecto, foram aqueles em se verificou um maior número de respondentes. O número mais reduzido de questionários válidos é de Bragança, na medida em que tivemos apenas dois centros de saúde daquela SRS a participar no estudo.

Cerca de metade da amostra tem até 32 anos de idade. A média de idades dos respondentes é de aproximadamente 34 anos, sendo os participantes dos centros de saúde ligeiramente mais velhos que os dos hospitais (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por Tipo de Unidade e Idade (em anos)

Tipo Unidade	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
CS	*111*	*36,35 (9,87)*	*22 - 65*
Hospital	*420*	*33,31 (8,39)*	*21 - 62*
Total	**531**	**33,95 (8,80)**	**21 - 65**

Na tabela 2 apresentamos a distribuição dos respondentes por Sub – Região de Saúde, em função da idade.

Tabela 2 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por SRS e Idade (em anos)

Sub Região	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Braga	*194*	*34,72 (9,03)*	*22 - 62*
Bragança	*23*	*43,30 (9,88)*	*26 - 65*
Porto	*193*	*32,36 (8,20)*	*21 - 64*
Viana do Castelo	*73*	*31,89 (6,47)*	*23 - 49*
Vila Real	*48*	*36,45 (7,96)*	*25 - 57*
Total	**531**	**33,95 (8,80)**	**21 - 65**

O número de respondentes por Sub Região de Saúde inclui os participantes dos hospitais e dos centros de saúde. Quando consideramos a variável idade em função da Sub Região de Saúde de origem, constatamos que os participantes mais velhos são oriundos de Bragança, depois de Vila Real, Braga, Porto e por último, o grupo mais jovem é constituído pelos participantes de Viana do Castelo. Com a excepção de Bragança, os valores médios para a idade que obtivemos são ligeiramente inferiores aos disponíveis nos documentos da OE (2003, p. 77). A razão de Bragança apresentar um valor médio de idade superior àquilo que é a média efectiva da SRS, pode ser devido ao facto de na nossa amostra só termos incluídos enfermeiros dos centros de saúde de Mogadouro e Vimioso, sabendo nós que, habitualmente, os enfermeiros mais jovens se encontram nos

hospitais. No entanto, importa relembrar o carácter não probabilístico da nossa amostra.

Quanto ao tempo de serviço e como seria de esperar, em função das idades dos participantes, cerca de 50% dos respondentes tem até 9 anos de actividade profissional. A média de anos de serviço dos participantes é de aproximadamente 11.

Tabela 3 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por Tipo de Unidade e Tempo de serviço (em anos)

Tipo Unidade	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
CS	*111*	*12,57 (9,31)*	*1 - 41*
Hospital	*420*	*10,69 (7,98)*	*1 - 36*
Total	**531**	**11,08 (8,30)**	**1 - 41**

Os participantes dos centros de saúde têm uma média de tempo de serviço (12,57 anos) superior aos dos hospitais (10,69 anos), o que está de acordo com as diferenças que se verificam nas idades médias; o mesmo acontecendo na análise realizada em função das Sub Regiões de Saúde.

Tabela 4 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por SRS e Tempo de serviço (em anos)

Sub Região	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Braga	*194*	*12,16 (9,01)*	*1 - 36*
Bragança	*23*	*18,04 (9,50)*	*3 - 37*
Porto	*193*	*9,75 (7,73)*	*1 -41*
Viana do Castelo	*73*	*8,68 (5,79)*	*2 -21*
Vila Real	*48*	*12,41 (7,74)*	*2 -34*
Total	**531**	**11,08 (8,30)**	**1 - 41**

As percentagens de respondentes por categoria profissional estão de acordo com aquilo que é o padrão de distribuição dos enfermeiros no país, em função daquele aspecto (OE, 2003, p. 84). Assim, a grande maioria dos respondentes a este questionário foram enfermeiros generalistas e graduados.

Tabela 5 – Distribuição dos respondentes ao Q1, por categoria profissional

Categoria profissional	N	%
Enfermeiro	*441*	*83,05*
Enfermeiro Especialista	*71*	*13,37*
Enfermeiro Chefe e outros	*19*	*3,58*
Total	**531**	**100,00**

Quando distribuímos os participantes no primeiro questionário em função da natureza dos serviços hospitalares – que designamos por *Domínio* ao longo desta dissertação – constatamos que mais de metade dos 420 respondentes são provenientes dos serviços de atendimento à Criança (Pediatria, Neonatologia...), Medicina e Urgência de Adultos. A percentagem de questionários válidos em domínios como a Consulta Externa, Ortopedia e Psiquiatria é residual. A razão de ser desta análise prende-se com a possibilidade que vislumbramos de perceber diferenças nos consensos produzidos, dependentes da natureza dos serviços hospitalares em causa, apesar das limitações que decorrem do baixo número de respondentes nalguns domínios.

Tabela 6 – Distribuição dos respondentes oriundos dos Hospitais ao Q1, por Domínio

Domínios (Hospital)	N	%
Bloco Operatório	*29*	*6,90*
Cirurgia	*26*	*6,19*
Consulta Externa	*5*	*1,19*
Criança	*85*	*20,24*
Especialidades Cirúrgicas	*13*	*3,10*
Especialidades Médicas	*18*	*4,29*
Medicina	*126*	*30,00*
Mulher	*36*	*8,57*
Ortopedia	*4*	*0,95*
Psiquiatria	*2*	*0,48*
UCI Adultos	*23*	*5,48*
Urgência de Adultos	*53*	*12,62*
Total	**420**	**100,00**

O material que resultou do questionário acerca dos focos de atenção com resultados

sensíveis aos cuidados de enfermagem foi submetido a análise, conforme descrito no segundo capítulo desta dissertação, com recurso à estatística descritiva e aplicação dos critérios de consenso previamente definidos[5]. Não fizemos uso de procedimentos de estatística inferencial, uma vez que, com estes resultados, pretendíamos apenas constituir um pretexto para os trabalhos do grupo de discussão.

Na tabela 7 apresentam-se, por ordem descendente da concordância verificada, os focos de atenção da prática de enfermagem que obtiveram consenso global, tendo em consideração as respostas de todos os questionários.

Tabela 7 – Focos com consenso global

Foco	Concordância (%)	Mediana	Moda
Limpeza das vias aéreas	*84,50*	*7*	*7*
Úlcera de Pressão	*84,30*	*7*	*7*
Auto cuidado: Higiene	*77,60*	*7*	*7*
Posicionar-se	*77,50*	*7*	*7*
Papel de prestador de cuidados	*77,20*	*7*	*7*
Maceração	*77,10*	*7*	*7*
Amamentar	*76,80*	*7*	*7*

Acreditamos que os consensos globais produzidos em torno destes sete focos de atenção também são influenciados pelo "peso relativo" dos respondentes dos hospitais, comparativamente aos dos centros de saúde. Na realidade, para cada um dos respondentes proveniente dos centros de saúde temos quase quatro participantes dos hospitais.

Apesar das limitações que decorrem dos "pesos relativos" de cada um dos universos de cuidados – Hospital e Centro de Saúde - na análise, a leitura do material parece apontar para a existência de um conjunto de focos de atenção com resultados mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, quer no hospital, quer no centro de saúde. Esta realidade permite-nos discutir a existência de um conjunto de itens comuns aos dois universos de cuidados. De acordo com os resultados disponíveis neste questionário e das discussões realizadas no grupo, áreas como as *Úlceras de Pressão* e a preparação para o desempenho de actividades de *Tomar conta* de pessoas dependentes (i.e.: idosos e

[5] Os critérios de consenso definidos foram: Mediana e Moda superior a 5 e concordância maior ou igual a 75 %. Por concordância entendíamos mais de 75 % das respostas em que o item se aplicava, com scores 6 ou 7, numa escala ordinal que variou de 1 a 7.

crianças) aparentam atravessar os dois principais contextos do exercício profissional dos enfermeiros. Adiante, voltaremos a esta questão.

Depois de discutirmos os consensos globais obtidos, importa considerar cada um dos dois principais contextos de cuidados envolvidos no projecto.

Os consensos produzidos no Hospital, acerca dos focos de atenção com resultados mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, revelam-nos oito áreas fundamentais, tal como está descrito na tabela seguinte.

Tabela 8 – Focos com consenso no Hospital

Foco	Concordância (%)	Mediana	Moda
Limpeza das vias aéreas	*88,43*	*7*	*7*
Úlcera de Pressão	*86,07*	*7*	*7*
Maceração	*80,65*	*7*	*7*
Auto cuidado: Higiene	*78,47*	*7*	*7*
Posicionar-se	*78,14*	*7*	*7*
Úlcera	*77,68*	*7*	*7*
Papel de prestador de cuidados	*76,44*	*7*	*7*
Dor	*75,90*	*7*	*7*

Dos oito focos com consenso, cinco – *Limpeza das via aéreas, Úlcera e Úlcera de pressão, Maceração e Dor* – correspondem a funções ou processos corporais, os quais estão frequentemente associados à fisiopatologia dos fenómenos mórbidos, sob a forma de sinais e sintomas, que determinam o internamento hospitalar. Assim, de acordo com os discursos dos participantes no grupo de discussão, os resultados de enfermagem esperados têm por prioridade *"... prevenir as úlceras de pressão..."* ou *"... evitar a ocorrência de maceração, que é muito importante na pediatria"* (Grupo de discussão, Outubro de 2003).

O significado que têm os consensos produzidos no hospital acerca do *Auto cuidado: higiene*, *Posicionar-se* e *Papel de prestador de cuidados*, deriva, em grande medida, da relevância que aqueles focos assumem no âmbito dos serviços de internamento de adultos, em particular de Medicina.

> *X – Não me surpreende e eu também dizia o mesmo. No meu serviço* (X trabalha num serviço de internamento de Medicina) *temos muito doentes dependentes e é preciso ensiná-los a serem mais independentes. Mas, às vezes, os doentes são muito dependentes e vão ficar dependentes para sempre e é preciso ensinar os familiares... acho que isso está muito bem... o*

> *papel de prestador de cuidados está bem... temos que pensar no conhecimento e nas capacidades dos familiares para tomarem conta dos idosos dependentes.*
>
> Grupo de discussão, Novembro, 2003

No anexo 4 apresentamos os consensos obtidos em cada um dos domínios hospitalares, material que foi analisado pelo grupo de discussão. Em jeito de síntese, podemos dizer que os consensos produzidos nos domínios com um número de participantes aceitável (para efeitos desta análise) andam à volta de 10 a 20 focos de atenção. Os domínios de Cirurgia e Especialidades Cirúrgicas são muito semelhantes, tendo gerado consensos dirigidos ao(s) *Auto cuidado(s)*, *Ferida(s)* e *Limpeza das vias aéreas*. Nas Especialidades Cirúrgicas destaca-se o *Pé equino* e a *Adesão ao regime terapêutico*.

Nos serviços de Medicina e Especialidades Médicas, para além dos consensos gerados à volta da *Úlcera de pressão*, do(s) *Auto cuidados(s)* e do *Papel de prestador de cuidados*, salienta-se a emergência do *Stress do prestador de cuidados*. As questões relativas à *Aspiração* e à *Dor* ganham relevo no domínio da Urgência de adultos.

Neste contexto, podemos dizer que, de acordo com os resultados do material proveniente do primeiro questionário, parece existir um conjunto característico de focos de atenção com resultados muito sensíveis aos cuidados de enfermagem, no âmbito dos serviços hospitalares de atendimento a Adultos (i.e.: Cirurgias, Medicinas, UCI…).

Quadro XII – Focos de atenção característicos dos serviços hospitalares de atendimento a Adultos, de acordo com resultados do Q 1

Focos característicos dos Serviços Hospitalares de Adultos
Limpeza das vias aéreas
Maceração
Úlcera de pressão
Auto cuidado: higiene
Posicionar-se
Papel de prestador de cuidados

Na mesma perspectiva, verificamos a existência de um conjunto de focos de atenção muito característicos dos serviços hospitalares de assistência à Criança e à Mulher (Pediatria, Neonatologia e Recém – Nascidos, Obstetrícia e Ginecologia), normalmente designados por área Materno - Infantil. Deste grupo fazem parte aspectos como: a *Dor*, o *Papel Parental* e *Maternal,* a *Amamentação* e a *Vinculação*.

Quadro XIII – Focos de atenção característicos dos serviços hospitalares de assistência à Criança e à Mulher, de acordo com resultados do Q 1

Focos característicos dos Serviços Hospitalares de Assistência Materno - Infantil
Dor *Papel Parental* *Papel Maternal* *Amamentação* *Vinculação*

Quando consideramos apenas as respostas provenientes dos centros de saúde, verificamos a existência de consenso à volta de nove focos de atenção.

Tabela 9 – Focos com consenso no Centro de Saúde

Foco	Concordância (%)	Mediana	Moda
Amamentar	*80,10*	*7*	*7*
Papel de prestador de cuidados	*80,00*	*7*	*7*
Adesão ao Regime Terapêutico	*79,80*	*7*	*7*
Úlcera de Pressão	*78,40*	*7*	*7*
Levantar-se	*78,10*	*7*	*7*
Adaptação à Gravidez	*77,30*	*7*	*7*
Auto cuidado: Higiene	*75,50*	*7*	*7*
Posicionar-se	*75,50*	*7*	*7*
Prevenção da Gravidez	*75,50*	*7*	*7*

Neste conjunto de focos incluem-se áreas de atenção como a *Adaptação à Gravidez* e a *Prevenção da Gravidez*, intimamente associadas aos Programas de Saúde da Mulher e de Planeamento Familiar; e a *Adesão ao Regime Terapêutico*, directamente associada aos Programas de Saúde do Adulto, em particular direccionados ao controlo da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial. Contudo, pelo facto de nos questionários pedirmos aos respondentes para terem em consideração o contexto onde exerciam funções, não temos possibilidade de fazer uma análise mais pormenorizada, centrada nos consensos obtidos nos diferentes Programas de Saúde, em vigor nos centros de saúde, uma vez que, normalmente, os enfermeiros não estão em permanência adstritos àqueles programas.

As funções ou processos corporais fisiológicos parecem assumir pouco significado no quadro dos centros de saúde, com a excepção da *Úlcera de pressão* que, segundo os participantes no grupo de discussão, tem especial relevância *"por causa dos domicílios e dos idosos dependentes, e por isso é que também temos aí os auto cuidados"* (Grupo de discussão, Outubro de 2003).

Para além de animador, é interessante verificar que os consensos produzidos, a partir das respostas dadas nos questionários provenientes dos centros de saúde, parecem traduzir, pelo menos no âmbito do exposto, uma maior focalização em aspectos dos processos familiares – *Adaptação à Gravidez, Prevenção da Gravidez, Amamentar* e *Papel de prestador de cuidados* –, o que é congruente com as tendências actuais de valorização do papel do "Enfermeiro de família".

No sentido de aumentar os pretextos para discussão no grupo, ensaiámos análises com critérios de consenso mais afrouxados[6], o que, naturalmente, aumentou de forma significativa o número de focos de atenção com consenso, quer no hospital, quer nos centros de saúde. Todo este material, depois de organizado, foi tomado pelo grupo como substrato para o processo de discussão e definição dos focos de atenção a representar no RMDE.

> *X – Já desta maneira* (refere-se aos resultados do primeiro questionário, com os critérios de consenso previamente definidos)... *estão aí focos que não tem quase nenhuma sensibilidade aos nossos cuidados. Já tínhamos falado disto. Os colegas ainda tiveram um bocadinho a ideia de que: há muitos casos no meu serviço, por isso é sensível.*
>
> *Y – Pois, por isso é que eu dizia que temos que filtrar isto... não me interpretem mal, mas temos que olhar para isto com calma. Era o que eu queria dizer, há pouco. Estão aí focos que são pouco sensíveis, mas são muito frequentes. Não me admira que as pessoas assinalem as Feridas na Cirurgia; eu, se calhar, se não andasse nisto, também o fazia.*
>
> *Grupo de discussão, Novembro, 2003*

Não pretendemos descrever todas as discussões realizadas no grupo e que conduziram à definição de um conjunto de cerca de 30 focos de atenção a representar nos conteúdos substantivos do RMDE. Antes, procuramos algumas exemplaridades do trabalho realizado pelo grupo, que nos podem ajudar a perceber e situar as opções tomadas e os problemas em análise.

A partir dos resultados obtidos no primeiro questionário, uma das questões que ocupou o grupo de discussão foi a análise das razões que justificam o consenso gerado à volta de certos focos de atenção e aquilo que eles podem significar. O consenso gerado no primeiro questionário à volta de alguns focos de atenção particulares foi objecto de um trabalho de descodificação, por parte do grupo de discussão.

> *X – A mim, que sou do hospital, não me surpreende o valor que a Úlcera obteve. As pessoas estavam a pensar na úlcera de pressão e assinalaram.*

[6] Os novos critérios de consenso definidos foram: Mediana e Moda superior a 4 e concordância maior ou igual a 65 %. Por concordância entendíamos mais de 65 % das respostas com scores 5, 6 ou 7, numa escala ordinal que variou de 1 a 7.

> *Depois, mais abaixo vinha a úlcera de pressão e voltavam a assinalar. Nós, no dia – a – dia, quando dizemos: o doente tem uma úlcera no trocanter, queremos dizer úlcera de pressão. Todos sabemos que é assim. Para mim, isto é pacífico, não é como a questão da limpeza das vias áreas que tanto discutimos.*
>
> Grupo de discussão, Novembro de 2003

Apesar da baixa frequência de factos deste tipo, admitimos que a estrutura e extensão do questionário utilizado possa ter conduzido a estes resultados. No entanto, julgamos que aqui se colocam questões de natureza semântica e pragmática da comunicação. De facto, *"... quando dizemos: o doente tem uma úlcera no trocanter, queremos dizer úlcera de pressão. Todos sabemos que é assim".*

Os resultados obtidos pelo foco de atenção – *Limpeza das vias aéreas* –, podem ser explicados pela tradição que esta área tem nos discursos da comunidade de enfermagem, muito à custa do facto de este ser um dos aspectos de saúde incluído nas primeiras versões da Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.

> No intervalo de uma sessão que realizamos com os enfermeiros de um serviço de um hospital envolvido no trabalho, quase em jeito de brincadeira, X disse-me:
>
> *Vejo-te muito admirado com o tempo que nós estivemos a discutir a limpeza das vias aéreas ineficaz, e as espécies?*
>
> *Investigador – Queres dizer: o foco Limpeza das vias aéreas?!*
>
> *X – Ora aí é que está! São muitos anos a falar de Limpeza ineficaz das vias aéreas, muitas pessoas antes da CIPE® usavam esse diagnóstico da lista da NANDA e da Carpenito... eu já sabia que ia ter muito consenso e ia dar muita discussão aqui. É assim, nós queremos e gostamos de discutir. Isto é assim aqui e lá* (referindo-se às reflexões realizadas há poucos dias no Grupo de discussão)
>
> *Notas de Campo, Novembro de 2003*

O excerto de uma das discussões geradas em Novembro de 2003, a respeito do foco de atenção *Limpeza das vias aéreas*, é paradigma do trabalho que ocupou durante algumas sessões o grupo de discussão.

> *X – A limpeza das vias aéreas é um foco que teve grande consenso e eu até percebo, mas, de acordo com a CIPE® tem 4 espécies: expectorar, tossir, aspiração, sufocação ou asfixia. Será que queremos dizer todos os tipos de limpeza das vias aéreas? Eu acho que não... acho que nestas discussões temos que ter a própria CIPE® presente e, como já definimos, os grandes objectivos ou como disse o Filipe, a intenção dos cuidados...*
>
> Y interrompe – *Eu acho que o nosso grande foco de atenção é mesmo manter a permeabilidade das vias aéreas. É isso... isso é que é o objectivo.*
>
> *X – Calma...* (faz uma pausa e abre a CIPE®). *Quando estás a dizer que o nosso foco é a permeabilidade das vias aéreas estás a falar do objectivo. Eu quando aspiro ou ensino um doente a tossir, tenho sempre em vista manter a permeabilidade das vias aéreas, penso que não é por aí.*

> *Y – Claro! Claro! Estou a falar do nosso objectivo, daquilo em que estamos focalizados, é por isso que não gosto da expressão – Foco – gosto mais de dizer fenómenos. Mas, o que eu quero dizer é a intenção.*
>
> *Z – Acho que a intenção também tem a ver com o foco que utilizamos para dizer os diagnósticos de enfermagem. Podemos ter um doente com Tossir eficaz mas que, dada a consistência das secreções ou da expectoração, o processo de expectorar seja ineficaz, sendo necessário fluidificar as secreções, por via do aumento da ingestão de líquidos e fazer nebulizações... Ou seja, eu posso ter uma situação de expectorar ineficaz (uma espécie de limpeza das vias aéreas) sem qualquer ineficácia da tosse (outra espécie de limpeza das vias aéreas), dizer limpeza das dias aéreas ineficaz ainda é demasiado geral.*
>
> *X – Por isso é que eu digo que temos que ver quais são as espécies de limpeza das vias aéreas que são mais sensíveis aos cuidados de enfermagem... é esse o trabalho.*
>
> Grupo de discussão, Novembro de 2003

A clarificação da intenção colocada nos cuidados (Basto, 1998; Meleis, 2005) ou dos resultados esperados, joga um papel central na identificação dos focos de atenção mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem. Adicionalmente, este trabalho pode ser facilitado se tivermos em consideração a natureza das intervenções implementadas, para produzir aqueles resultados esperados. Este facto coloca as intervenções no centro das discussões, não para traduzir aquilo que os enfermeiros fazem, mas para perceber aquilo que os enfermeiros procuram com os cuidados que prestam aos indivíduos, famílias e comunidades.

Dada a estrutura taxonómica da versão Beta da CIPE®, os focos de atenção com maior utilidade para descrever os diagnósticos e, por consequência, os resultados de enfermagem são aqueles de níveis hierárquicos mais específicos ou concretos – em termos de grau de abstracção dos conceitos – (Silva, 2000). A utilização deste tipo de focos de atenção mais particulares, também pode ser tradutora de um desejável grau de diagnóstico diferencial mais apurado. É neste quadro que se percebe que os discursos dos participantes no grupo de discussão enfatizem a necessidade de *"... nestas discussões temos que ter a própria CIPE® presente..."*. A especificidade dos resultados de enfermagem está em relação directa com o nível de abstracção dos focos de atenção utilizados para nomear os diagnósticos de enfermagem.

Na sequência da discussão que se transcreve, percebemos que, na opinião do grupo, nem todas as espécies de *Limpeza das vias aéreas* (Expectorar*, Tossir, Aspiração* e *Asfixia*) têm o mesmo nível de sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem. O mesmo é verdade para os diferentes diagnósticos que resultam da associação de um foco de atenção (ex.: *Aspiração*) com diferentes termos disponíveis na CIPE® (ex.: *Aspiração* – 1A. 1. 1. 1. 1. 4. 4 - + *Risco* – 1G. 1 - = *Risco de Aspiração*). Isto acontece

porque a CIPE® é uma terminologia composicional[7], pelo que o significado que resulta da concatenação de dois ou mais termos para dizer um diagnóstico de enfermagem, uma intervenção ou um resultado, é distinto e vai muito para além do somatório dos significados dos conceitos concatenados (Silva, Idem; 2001; Brito, 2003).

Como vimos, o *Auto cuidado: higiene* foi um foco de atenção que obteve grande consenso em vários contextos. Apesar do significado dos consensos gerados, isso não quer dizer que todos os diagnósticos de enfermagem que tomam por foco o *Auto cuidado: higiene* têm igual sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem.

> *X – Reparem... como sabem eu trabalho num centro de saúde e o auto cuidado: higiene é muito importante para nós. Mas, nem todos os nossos utentes têm dependência na higiene. Muitas vezes vamos fazer uma visita domiciliária e deparamos com pessoas, especialmente de idade, que não são dependentes mas apresentam maus cuidados de higiene. Muitas vezes nós documentamos – Auto cuidado: higiene negligenciado...*
>
> *Y – Acho que está muito bem.*
>
> *X – Mas deixa-me continuar... Como esta pessoa negligencia, aparentemente o auto cuidado* (higiene) *nós vamos explorar e vemos que as pessoas não têm água quente em casa, ou nem têm uma casa de banho digna... Bem, o que eu quero dizer é que o auto cuidado* (higiene) *negligenciado é um dado que me faz pensar noutros problemas... não é tão sensível aos nossos cuidados como a dependência. Para a dependência eu ensino a pessoa ou o prestador de cuidados... ensino e treino, o que é muito importante.*
>
> *X – Lá está... As dependências no auto cuidado: higiene, alimentar-se, uso do sanitário, transferir-se, posicionar-se e no deambular. O dependente é que é altamente sensível... e a aprendizagem de capacidades para lidar com as dependências, é aí que fazemos a diferença. São estes aspectos do auto cuidado... as dependências, que devem estar no nosso RMDE...*
>
> Grupo de discussão, Dezembro de 2003

Pelo exposto, o trabalho do grupo de discussão foi de uma focalização progressiva; primeiro para os focos com maior sensibilidade à tomada de decisão em enfermagem; e após, para os diferentes diagnósticos de enfermagem que tomam por área de atenção aquele foco. Em simultâneo, sensivelmente a partir da sessão de Dezembro de 2003 e com carácter mais marcado, as discussões passaram a incluir reflexões sobre a natureza das sínteses informativas a desenvolver, relativamente a cada um dos focos e respectivos diagnósticos de enfermagem. Na realidade, estas passaram a ser dinâmicas e dialécticas, uma vez que *"...ao dizermos quais são os diagnósticos de um foco que são mais sensíveis, nós estamos logo a ver o tipo (…) de resultados que é possível produzir... tem que ser mesmo assim"* (Grupo de discussão, Novembro de 2003).

---

[7] Terminologia Composicional: Terminologia formal que utiliza mais do que um conceito para suportar a criação de expressões compostas ou enunciados (ICN, 2005, p. 216).

> *X – É claro que, em relação à dependência no auto cuidado: higiene, faz-me todo o sentido, em especial para os domicílios, isto para a minha realidade dos centros de saúde, e para os serviços de medicina, mas não só, preparar os familiares para ajudarem as pessoas dependentes. Por isso, como dizia há bocado a Y, temos que pôr isso na parametrização – Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene: demonstrado / Não demonstrado.*
>
> *Z – Não é só na parametrização, para depois os dados sobre os ganhos do prestador de cuidados sejam possíveis de calcular. É preciso pôr isso nos cuidados mesmo.*
>
> *X – Sem dúvida... Isso é o centro... mas temos que colocar nos registos para depois ser possível ter os resultados medidos.*
>
> *Z – Percebes o que eu queria dizer.*
>
> Grupo de discussão, Dezembro, 2003

Percebemos todos...

Atendendo aos diferentes níveis de sensibilidade aos cuidados de enfermagem dos vários focos de atenção e dos respectivos diagnósticos de enfermagem, vale a pena discutir, ainda que de forma sumária, a utilidade dos aspectos de saúde que, apesar de incluídos na CIPE® e utilizados no quotidiano pelos enfermeiros, parecem gozar de menor sensibilidade à sua tomada de decisão.

Quando exploramos os fundamentos dos propósitos para o modelo de agregação de dados, sublinhamos que a problemática dos conteúdos documentados nos SIE não se resumia à viabilização de RMDE. É um facto que o conceito de sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem, em que se alicerça toda esta discussão, não guarda uma relação directa com a frequência com que determinados aspectos de saúde surgem no quotidiano dos cuidados. Por muito importantes que sejam os RMDE e os seus propósitos – e acreditamos que sim –, devemos alargar as discussões em tornos dos SIE àquilo que são todas as finalidades da documentação de enfermagem: assegurar a prova documental da assistência; promover a continuidade nos cuidados; promover a formação e a educação; facilitar a gestão, administração e investigação em enfermagem (Doenges & Moorhouse, 1992, p. 113 – 114).

Tendo presentes todas as funções que a informação documentada nos SIE cumpre, não nos é difícil perceber a utilidade e interesse de utilizar blocos semânticos (Silva 2000; Henry et al., 1998) para representar os múltiplos aspectos relativos à dinâmica dos cuidados, independentemente da sua sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros. Com efeito, seria impensável não documentar um episódio de *Vómito* ocorrido durante um recobro cirúrgico, apenas e tão só porque *"... não é nada sensível..."* (Grupo de discussão, Novembro 2003) à tomada de decisão de enfermagem. No particular dos focos de atenção da prática, a sua utilidade também se joga no campo da

descrição adequada da condição problemática dos indivíduos, famílias e comunidades, que exige assistência. Desta forma, recolocamos os conteúdos de um RMDE como uma parte concreta de toda a informação de enfermagem documentada nos SIE.

O valor que determinados focos de atenção assumem, para a definição da moldura problemática da condição da pessoa, assenta na sua relevância para os processos de decisão e concepção dos enfermeiros – os *Processos de enfermagem*. Estes exigem grandes quantidades de dados acerca dos aspectos relativos às transições e condições de saúde das pessoas, de forma a optimizar os resultados de enfermagem. A relação que se estabelece entre os dados (matéria-prima) e os diagnósticos de enfermagem, bem como a representação destas entidades e seus estatutos nos SIE será, com toda a certeza, uma área de investigação prioritária nos desenvolvimentos futuros dos SIE.

> *X – Por exemplo, as crenças, e mesmo as de saúde, são aspectos importantes na saúde das pessoas, mas são de tal forma complexos e profundos, que não são assim modificáveis. São aspectos que nós devemos conhecer e até utilizar, mas para produzir resultados noutras áreas, como nos comportamentos de procura de saúde. Na minha opinião, não são focos altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, mas focos altamente importantes para os cuidados de enfermagem.*
>
> *Y – Isso é muito bem visto X... eu agora olho para um foco de atenção que me é muito caro e que achava que era altamente sensível – Desenvolvimento Infantil – que mais não é que uma condição que, em função da avaliação que vamos fazendo, através dos percentis, e daquilo que a criança é capaz ou não de fazer, comparativamente ao que era esperado para a idade; funciona como um alerta para outros aspectos... a forma como o papel parental está a ser desempenhado, o conhecimento que os pais detêm sobre a alimentação, a estimulação psicomotora… Começa a fazer-me sentido. Apesar de não ser altamente sensível, o Desenvolvimento infantil é muito importante para eu prestar atenção a outros aspectos mais sensíveis às nossas intervenções... isto começa a fazer sentido... acho que é por aqui. Nós documentamos muito o desenvolvimento infantil... e temos que continuar a registar, porque nos dá dados muito importantes... e esses dados também são importantes para os médicos. Acho que temos que ter isto em mente.*
>
> Grupo de discussão, Setembro de 2003

Este excerto das discussões, para além de enfatizar a lógica de articulação entre a informação processada pelos enfermeiros e consumida por outros profissionais (e vice-versa), ilustra, com grande propriedade, a questão das concepções ou intenções dos cuidados que se podem perceber da análise dos termos utilizados para documentar os cuidados. Os resultados das pesquisas realizadas (Sousa et al., 1999; Silva 2000; 2001; Sousa 2005) e as discussões geradas no grupo revelam as múltiplas possibilidades alternativas para documentar uma mesma situação de cuidados. Na realidade, uma mesma situação de cuidados pode ser nomeada de formas diferentes, o que *"... não advém apenas dos problemas da linguagem, mas essencialmente da concepção de*

cuidados dos enfermeiros" (Silva, 2001, p. 135); quer isto dizer: daquilo que cada enfermeiro toma por foco de atenção.

Toda esta reflexão acerca dos focos, diagnósticos e resultados de enfermagem, guiada pelo conceito de sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros, pode concorrer para o início de uma análise mais alargada e profunda relativa aos diferentes estatutos dos conceitos utilizados para nomear a dimensão autónoma do exercício, com base na CIPE®. Esta discussão, que desejavelmente se inicia, está de acordo com aquilo que Nielsen (1999) e o ICN (2005) preconizam para o desenvolvimento e utilização da CIPE®, nomeadamente através da "construção" de classificações com relevância local e / ou nacional, tendo por base a CIPE® enquanto um *standard de referência* (p. 29 – 30). Voltaremos a esta questão...

Os dados a que fomos acedendo sustentam a existência de focos, diagnósticos e resultados de enfermagem muito característicos de determinados contextos. Nesta medida, a agenda construída pelo grupo para empreender estas reflexões incluiu um ponto em que se procurava estabelecer os universos onde aquelas entidades faziam sentido. Esta assunção permitiu-nos ir construindo a ideia de vários RMDE, dependendo dos cenários em que se desenrolam os cuidados de enfermagem.

> *X – Tenho procurado fazer, um bocadinho, a repetição de algumas das nossas discussões lá no grupo para que as colegas comecem a ficar por dentro. Por isso é que te pedi para cá vires. As pessoas, aqui, têm confundido um bocadinho a questão da sensibilidade com a frequência com que os focos aparecem. É difícil eu dizer que as feridas são pouco sensíveis aos cuidados de enfermagem num serviço de especialidades cirúrgicas... percebes? Mas, acho que se não fizer este trabalho aqui, tal como decidimos lá no Porto* (refere-se ao Grupo de discussão) *isto fica geometria no espaço, como se costuma dizer, e quando começarmos a recolher os dados vai ser complicado. Por agora, estou a tentar que todos percebam e discutam aquilo que são os nossos focos sensíveis aos cuidados, porque são eles quem vai colher os dados e têm que perceber algumas das alterações que vamos fazer na nossa parametrização do SAPE.*
>
> Reunião realizada no serviço de XXX do Hospital YYY.
>
> *Notas de Campo, Dezembro de 2003*

Com os participantes do grupo de discussão, entendemos oportuno desenvolver um trabalho de replicação, em cada um dos serviços e centros de saúde, das principais discussões realizadas no grupo, por forma a maximizar o envolvimento de todos os enfermeiros das unidades no projecto e aumentar a apropriação do adquirido, porque *"... são eles quem vai colher os dados"*. Este exercício ficou a cargo dos participantes no grupo de discussão, tendo nós pontualmente, e de acordo com as solicitações, estado presentes em algumas das reuniões. Em termos metodológicos, tínhamos consciência

que este tipo de estratégia iria influenciar decisivamente os resultados de uma segunda ronda do estudo de Delphi. Contudo, aquilo que mais nos interessava era optimizar os contributos que cada um dos envolvidos podia dar para o sucesso do projecto, o que é congruente com o posicionamento paradigmático que adoptamos.

A utilização de uma estratégia orientada para a promoção do envolvimento nas discussões do maior número de enfermeiros, de cada um dos serviços e centros de saúde, ficou a dever-se à consciência colectiva que fomos formando de que seriam significativas as alterações ao nível dos conteúdos em uso nos SIE, face àquilo que era o rumo que o projecto estava a seguir.

> Numa das visitas que fizemos a um dos centros de saúde, um dos participantes mais entusiastas do grupo confidenciou-nos, com ar preocupado:
>
> *X – Começo a ficar preocupada com tudo isto. Acho que lá no grupo estamos a ser demasiado ambiciosos com aquilo que queremos para o RMDE. Lembras-te daquela conversa do "RMDE possível" ou o "RMDE ideal". Acho que nós fomos... e eu também, pela opção do ideal. Se calhar está a ser um bocado arriscado... as pessoas aqui* (refere-se aos colegas do centro de saúde)... *não sei se estão preparadas para se meterem nisso de Gestão e Adesão ao Regime terapêutico... Stress do prestador de cuidados. Tu sabes muito bem que aquele modelo tradicional ainda impera... sabes o esforço que tenho feito para implementar o "Enfermeiro de Família". Não sei... dá-nos alguma pista... alguma segurança...*
>
> Notas de Campo; Fevereiro de 2004

Acreditamos que não fomos capazes de dar algum tipo de segurança à colega, até porque, por vezes, fomos invadidos pelo mesmo sentimento de insegurança. Contudo, a definição de um modelo de agregação de dados de enfermagem direccionado a alguns focos de atenção e resultados de enfermagem, provavelmente ainda do domínio do exposto, que exigem, para além de alterações nas lógicas de documentação, fundamentalmente alterações nos processos de cuidados, pode funcionar como uma oportunidade e não um problema. Uma oportunidade, porque coloca desafios e expõe novos horizontes, o que pode ser um pretexto muito interessante de promoção da reflexão sobre os cuidados, evitando a cristalização dos conteúdos dos SIE, por incorporação de novas áreas de atenção e novas intervenções, o que sob o ponto de vista das estratégias de melhoria contínua da qualidade do exercício não é desprezível.

3.2.2 As intervenções de enfermagem e a sensibilidade aos cuidados de enfermagem

As intervenções de enfermagem surgem nesta discussão, não pelo interesse em produzir sínteses informativas ou indicadores muito elaborados, capazes de traduzir aquilo que os enfermeiros fazem, mas pelo significado da intenção colocada nos cuidados que é

possível inferir da sua análise. No entanto, vale a pena sublinhar que, uma vez recolhido com sistemática e regularidade, o conjunto mínimo de dados de enfermagem em definição neste projecto, é possível, com outro modelo de análise de dados, que não este, produzir sínteses informativas acerca das intervenções. Assim, estabelece-se a diferença de base entre o RMDE e o seu modelo de análise. O RMDE representa a matéria-prima em bruto – que também incorpora intervenções – que um determinado modelo de análise ou leitura dos dados (decorrente de um conjunto de propósitos), transforma em conhecimento. Desta forma, diferentes modelos de análise ou padrões de leitura dos mesmos dados produzem sínteses informativas distintas. O potencial que se constitui com a consolidação de um RMDE é enorme, pelas possibilidades e riqueza informativa que tem associadas.

A incorporação de intervenções nos conteúdos do RMDE decorre das relações que se estabelecem no modelo de agregação dos dados, entre os diagnósticos e os resultados de enfermagem. No capítulo seguinte iremos explorar com mais pormenor estas relações, a respeito do modelo que suporta a análise do conjunto mínimo de dados de enfermagem. Por agora, importa salientar que, se pretendermos falar em resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, temos que equacionar as mudanças que se operam no estado dos diagnósticos por acção das intervenções autónomas dos enfermeiros. Daqui releva o interesse das intervenções de enfermagem.

Vimos que a clarificação da intenção colocada nos cuidados pode ser maximizada pela análise da natureza das intervenções de enfermagem associadas a cada um dos diagnósticos. Neste sentido, no quadro do grupo de discussão, o trabalho de reflexão em torno das intervenções de enfermagem assumiu um papel relevante na identificação dos aspectos de saúde mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros.

> *X – No caso do vómito que o Y falou, se nós formos a ver quais são as intervenções que nós temos, mesmo, para resolver ou prevenir o vómito... e não estou a falar da utilização de fármacos anti – eméticos, porque isso já tem que ser prescrito pelo médico, quais são mesmo as intervenções? Muito poucas...*
>
> *Z – Bem... nós fazemos: Vigiar o vómito; a náusea, referir o vómito ao médico, vigiar a alimentação... Fazemos e temos que documentar... nem podemos imaginar o contrário.*
>
> *X – Repara, o que tu fazes são essencialmente vigilâncias... e quando vigias a alimentação é para quê? Para prevenir a aspiração... já não é directamente para o vómito... já estás centrado na aspiração... esse é altamente sensível... mas o vómito não é tanto.*
>
> Grupo de discussão, Novembro de 2003

Tendo presentes as intervenções autónomas de enfermagem, são muitos os focos de atenção utilizados na documentação de diagnósticos com níveis de sensibilidade aos

cuidados de enfermagem que os deixam de fora dos conteúdos substantivos deste RMDE. De acordo com os discursos dos participantes no grupo de discussão e daquilo que resultava das nossas reuniões com os colegas nos serviços, fomos criando a convicção que, em termos genéricos, as intervenções do tipo *Observar* (ICN, 2002) – "*ver cuidadosamente alguém ou alguma coisa"* (p. 146) – apesar de fazerem parte integral e indispensável das actividades dos enfermeiros, não concorrem para a produção de resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem.

> *X – Não... eu concordo, mesmo num doente que tem risco de úlcera de pressão, se eu só vigiar... bom, o doente vai acabar por desenvolver úlcera... mas nós temos toda uma gama de intervenções... que são capazes de prevenir as úlceras. Concordo... por isso é que a úlcera é muito sensível aos cuidados de enfermagem, e a hipertensão ou a dispneia não. A Y já tinha vindo a falar disso aqui com o pessoal nas passagens de turno.*
>
> Notas de Campo, Dezembro de 2003

Na realidade, quando lançamos um olhar sobre as dez intervenções autónomas mais frequentemente utilizadas na documentação de enfermagem, com base nos dados disponíveis de 1 Março a 31 de Outubro de 2005, apenas nos serviços e centros de saúde que utilizam o SAPE, constatamos que seguramente mais de metade daquelas intervenções são do Tipo *Observar*. Estes achados são consistentes com resultados dos estudos portugueses anteriores, que temos utilizado como referência (Sousa et al., 1999; Silva 2001), e com aqueles encontrados por Dochterman e colaboradores (2005).

À semelhança daquilo que acontece com os focos e diagnósticos de enfermagem, também aqui, parecem existir intervenções com diferentes estatutos na produção dos resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem. Acreditamos que uma das linhas de investigação em enfermagem que sai reforçada com a consolidação de RMDE, é aquela que se centra na efectividade das intervenções implementadas. A constituição de extensas bases de dados e modelos de análise que relacionem as entidades – diagnóstico, intervenções e resultados – haverá de nos ajudar a aumentar a qualidade da evidência empírica neste domínio.

À medida que os trabalhos foram evoluindo, percebemos a necessidade de introduzir na agenda do grupo de discussão uma reflexão sistemática sobre as intervenções de enfermagem. Neste processo, procuramos estabelecer as relações entre as intervenções e cada um dos focos de atenção sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, respectivos diagnósticos e resultados e ainda, com os padrões de análise dos dados que começavam a ser esboçados. Para isso, recorremos às bases de dados do IGIF, da ESEnf. S. João e à parametrização de cada uma das unidades de cuidados. O material recolhido representava cerca de 1400 intervenções autónomas de enfermagem,

construídas com base na CIPE®.

Todavia, desde logo ficou para nós claro que este extenso painel de intervenções de enfermagem sofria de algumas debilidades, face aos propósitos do nosso projecto.

> *X – Reparem, nós temos estado aqui a discutir alguns focos que hoje em dia não estão lá nos nossos sistemas. Não são só focos como o Auto controlo. Por exemplo, estes aspectos da aprendizagem de habilidades, dos prestadores de cuidados e dos pais, as intervenções do tipo Instruir e Treinar... isto não está nesta base. Nós vamos ter trabalho para casa. Temos que ir estudar mais coisas e criar novas intervenções.*
>
> Grupo de discussão, Janeiro de 2004

Em sintonia com aquilo que acontecia com os enunciados de diagnósticos associados aos focos de atenção, mas agora de forma ainda mais intensa, começamos a realizar a necessidade de definir e incorporar nos SIE em uso novas intervenções de enfermagem. Ao explorar as intervenções capazes de produzir resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, o grupo de discussão teve a preocupação de não ficar "refém" daquilo que têm sido as nossas práticas, colocando em discussão aquilo que podem e devem ser novos horizontes.

Diziam os participantes do grupo de discussão, acerca da problemática da dor:

> *X – Eu acho que isto da Dor é muito importante... se admitirmos que podemos fazer mais e melhor nesta área (...), porque até há muita literatura sobre gestão da dor... literatura de enfermagem... com estudos... nós devemos preocupar-nos em começar a fazer isso, ainda melhor. Acho que estamos sempre à volta daquela questão do "RMDE possível" ou o "RMDE ideal". Lembram-se que nós queremos que todo este trajecto sirva para melhorar a qualidade dos cuidados.*
>
> *Y – Concordo contigo. O que eu quero dizer é que a dor... como sensação... como função, e estou a usar a CIPE®, não é muito sensível... agora as questões da gestão da dor ou como alguém já propôs o "Auto controlo da dor", isso parece-me melhor. Para mim, repito, o auto controlo: dor é um aspecto da saúde das pessoas altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Sem dúvida nenhuma... Através daquilo que ensinamos a pessoa a fazer, como gerir os analgésicos e como tomar a medicação, como avaliar a dor… a usar estratégias não farmacológicas.*
>
> *Z – Quer no hospital quer no centro de saúde, não tenho dúvidas que este fenómeno adaptativo é de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, quando queremos que as pessoas tenham disposições para lidar de forma autónoma e as ajudamos a adaptar-se à dor... sem dúvida.*
>
> Grupo de discussão, Novembro de 2003

O nível de sensibilidade aos cuidados de enfermagem de um foco de atenção é perspectivado tendo em consideração, não apenas aquilo que são, na realidade actual, as práticas de cuidados, mas as intervenções que poderão produzir modificações positivas na saúde das pessoas e que estão ao alcance, e no quadro de um exercício

profissional pautado por altos padrões de qualidade.

Com efeito, novos focos, novos enunciados de diagnóstico e novos objectivos para os cuidados, exigem outras intervenções. Esta constatação, para além de nos alertar para o carácter dinâmico desta problemática, reforçou a necessidade de *"trabalho de casa",* por parte do grupo de discussão e a intensificação das sessões à escala de cada uma das unidades.

Este exercício resultou na construção de um "*dossier"* fulcral para a implementação de RMDE (Anexo 5). Este documento, organizado em função de cada um dos focos de atenção sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, relaciona as sínteses informativas ensaiadas, com os enunciados de diagnóstico e as intervenções necessárias à produção dos resultados, que aquelas sínteses se propõem tornar visíveis. As associações estabelecidas traduzem o trabalho desenvolvido pelo grupo de discussão, com base nas suas opiniões, revisão de alguma literatura e de outras classificações de enfermagem (em particular as *ligações* NANDA – NIC – NOC). Apesar deste trabalho incorporar grandes limitações, derivadas, em primeiro lugar, da metodologia utilizada e do estado actual do conhecimento formal de enfermagem, poderá vir a ser melhorado com os resultados de novas investigações orientadas para a consolidação daquelas relações.

Depois de termos explorado as razões que sustentam os elementos-chave deste RMDE, à luz do conceito de sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros, julgamos adequado apresentar e discutir o significado dos conteúdos propriamente ditos daquele conjunto de dados de enfermagem.

3.3 RMDE: Os conteúdos do modelo

Os conteúdos de qualquer RMDE incluem elementos clínicos (de enfermagem), elementos socio-demográficos e elementos do serviço. Neste ponto da dissertação, pretendemos fazer a apresentação dos elementos que foram definidos neste projecto e discutir o seu significado. No enquadramento da problemática, vimos que cada um dos RMDE em uso nos diferentes países apresenta algumas particularidades nos seus conteúdos, derivadas da organização das respectivas redes de informação da saúde e dos propósitos definidos para o seu modelo de agregação de dados.

Os elementos clínicos de enfermagem – diagnósticos, intervenções e resultados – constituem o núcleo dos conteúdos de um RMDE, podendo os elementos socio-demográficos e dos serviços serem considerados como complementares. Dada a centralidade dos elementos clínicos de enfermagem na estrutura substantiva de um RMDE, praticamente a totalidade do trabalho que ocupou o grupo de discussão esteve

orientada para a sua definição. Os elementos socio-demográficos e do serviço que foram consensualizados basearam-se na análise daquilo que acontece internacionalmente e na informação já disponível na RIS portuguesa.

3.3.1 Os elementos clínicos de enfermagem

Como foi ficando claro ao longo deste capítulo, os focos de atenção representaram o ponto de partida para todas as discussões relativas aos elementos clínicos de enfermagem do RMDE. Cada um dos focos consensualizados pelo grupo de discussão funciona como referência para um conjunto de opiniões clínicas ou diagnósticos de enfermagem, respectivas intervenções e resultados. Assim, este RMDE dirige-se e é dirigido por 36 focos de atenção da prática, tidos como muito sensíveis à tomada de decisão de enfermagem (Quadro XIV). Em anexo apresentamos as definições associadas a cada um dos 36 focos de atenção, conforme Versão Beta 2 da CIPE (Anexo 6).

Quadro XIV – Focos de atenção incluídos no RMDE (com base na versão Beta 2 da CIPE®)

Focos de atenção incluídos no RMDE		
	Razões para a acção	
	Conhecimento	
	Aprendizagem de capacidades	
	Stress do prestador de cuidados	
	Aceitação do estado de saúde	
Funções	*Auto controlo: infecção*	***Interacções e Processos familiares***
Expectorar	*Auto controlo: incontinência urinária*	*Papel parental*
Aspiração	*Auto controlo: continência intestinal*	*Papel de prestador de cuidados*
Desidratação	*Auto controlo: dor*	*Paternidade*
Úlcera de pressão		*Amamentar*
Anquilose	***Acções realizadas pelo próprio***	*Planeamento familiar*
Pé equino	*Auto cuidado higiene*	*Adaptação à gravidez*
Dor	*Auto cuidado vestuário*	
Obstipação	*Auto cuidado alimentar-se*	
	Auto cuidado uso do sanitário	
	Transferir-se	
	Posicionar-se	
	Deambular	
	Queda	
	Uso de contraceptivos	
	Adesão ao regime terapêutico	
	Gestão do regime terapêutico	
	Adesão à vacinação	
	Auto-vigilância	
	Comportamento de procura de saúde (durante a gravidez)	

Este painel de focos de atenção da prática de enfermagem configura os consensos produzidos no âmbito do grupo de discussão, incorporando os resultados do primeiro questionário que utilizamos. O facto do material do questionário sobre *"Focos e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem"* ter sido pretexto para os trabalhos do grupo de discussão, justifica a inclusão neste painel de vários aspectos de saúde que não obtiveram consenso no primeiro questionário e a exclusão de outros que preenchiam os critérios de consenso definidos para aquele instrumento. Mais uma vez se sublinha o papel cimeiro do grupo de discussão no desenho que adoptámos para este projecto.

A razão que justifica o destaque atribuído no quadro anterior ao *Conhecimento* e à *Aprendizagem de Capacidades* fundamenta-se no facto destas duas dimensões da saúde atravessarem todos outras, como veremos na análise das opiniões clínicas associados a cada um dos focos de atenção. O aumento do repertório de recursos cognitivos e

instrumentais das pessoas para lidarem com os processos de saúde / doença e as suas transições, constitui um elemento nuclear deste modelo de agregação de dados de enfermagem.

> *X – O conhecimento é um aspecto essencial da saúde das pessoas, é de extrema relevância para a prática de enfermagem. Falamos tanto de ensinos, esta actividade dirige-se essencialmente ao conhecimento. A aquisição de conhecimento é extremamente sensível aos cuidados de enfermagem.*
>
> *Y – Pois, mas em primeiro lugar, relativamente ao conhecimento, não o podemos ver, por definição, assim isolado... tem que ser conhecimento sobre alguma coisa. Tem sempre um outro foco associado, acho eu... acho que é mais fácil e compreensível ver o conhecimento associado a cada um dos outros focos. Reparem que nos resultados do questionário não teve grandes resultados... grandes concordâncias. Mas isso não é pelas colegas não o considerarem importante. É como a X diz, nós falamos tanto dos ensinos... e até fazemos, que as pessoas não assinalam o conhecimento isolado. Para a grande maioria dos focos que estamos a discutir, falamos sempre no conhecimento e, já agora das capacidades... porque não interessa só saber, é preciso saber fazer. Nas nossas discussões, para cada foco... lá vamos nós buscar o conhecimento... e está muito bem... as capacidades também.*
>
> *Z – Mas, não é só o conhecimento dos doentes. Por exemplo, no contexto do hospital, e particularmente em serviços de adultos, as pessoas com grandes dependências têm diminuição da consciência ou confusão... ou não têm mesmo capacidades para aprender... situações que não permitem que nos centremos nas sua capacidades e conhecimentos para aprender estratégias alternativas... Nestes casos, o conhecimento dos prestadores de cuidados surge logo... é uma coisa que está em muitos focos.*
>
> *Y – Claro, se tu pensares nas pediatrias ou neonatologias, em vez do prestador de cuidados... bem, os prestadores de cuidados são os pais... são os pais que têm que ser ensinados a tomar conta.*
>
> *Grupo de discussão, Novembro de 2003*

A relevância que o *Conhecimento* e a *Aprendizagem de Capacidades* assumem nos discursos acerca dos conteúdos do RMDE é consistente com os resultados dos trabalhos de Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001), mas também sua consequência, até porque se trata *"... de uma influência directa do processo de mudança baseada na reflexão sobre a acção..."* (p. 174), que aqueles percursos de I&D introduziram nas discussões acerca de SIE.

Se nos detivermos sobre o conjunto de focos apresentados no quadro anterior e procedermos à sua análise à luz da CIPE® (versão Beta 2), percebemos, desde logo, a existência de dois grandes grupos de focos de atenção. Por um lado, aqueles que se inscrevem no âmbito das *Funções*[8] ou processos corporais (*Expectorar... Obstipação*) e, por outro, aqueles do domínio da intencionalidade e dos processos interactivos dos

[8] Função – *"Processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível"* (ICN, 2002, p. 17).

indivíduos – *Razões para a acção*[9], *Acções realizadas pelo próprio*[10] *e Processos familiares*[11] –, enquanto *Pessoas*, quer numa dimensão de funcionamento individual, quer numa dimensão de funcionamento colectivo (ICN, 2002). Esta possibilidade de divisão dos aspectos de saúde, em que se baseiam os conteúdos do RMDE, afigura-se como extremamente importante, na medida em que coloca em destaque os comportamentos intencionais das pessoas, como dimensões da saúde com grande sensibilidade aos cuidados de enfermagem, removendo o foco das práticas do controlo dos sinais e sintomas das doenças. Esta orientação para os aspectos da saúde que se jogam no quadro da intencionalidade dos indivíduos é congruente com modelos de cuidados filiados nas Escolas do Cuidar (Kérouac et al., 1994; Dossey et al., 1995; Basto, 1998; Parse, 1999; Watson & Smith, 2002).

A prática orientada pelos valores do "Cuidar" preocupa-se com a dimensão holística da Pessoa, considerando os processos intersubjectivos presentes nos cuidados. São múltiplos os modelos de enfermagem que se inscrevem no âmbito genérico do "Cuidar". Tais modelos apoiam-se em teorias fundamentalmente oriundas das ciências humanas. Por diferentes que sejam estes modelos de enfermagem, em todos, a Pessoa é o centro dos cuidados e não a doença. Os factores culturais e ambientais associados às experiências de transição são considerados relevantes, bem como os conhecimentos, as crenças e os valores que as pessoas detêm sobre os aspectos de saúde que as afectam. As intervenções de enfermagem, aqui, visam o aumento dos recursos cognitivos e instrumentais das pessoas para lidarem com os fenómenos de saúde e os processos de vida.

Apesar da estrutura substantiva do RMDE incluir sete focos de atenção que fazem parte dos processos corporais não intencionais, a orientação para os cuidados a que nos referimos atrás não é colocada em causa; pelo contrário. A relevância de aspectos de saúde como a *Aspiração* ou as *Úlceras de pressão* surge na sequência do significado que a *"Prevenção de complicações"* (OE, 2003, p. 148 – 149) assume no quadro dos enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A *"identificação, o mais rapidamente quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar*

---

[9] Razão para a acção – *"Motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa"* (Idem, p. 43).
[10] Acção realizada pelo próprio – *"Acção ou comportamento dependente de cada um e que pode ser executada pelo próprio, mas não necessariamente sozinho"* (Idem, p. 55).
[11] Processos familiares – "Interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família" (Idem, p. 65).

estes mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis" (Ibidem), recoloca a questão no contexto dos propósitos deste modelo de agregação de dados de enfermagem. Por outro lado, como veremos adiante, muitas das opiniões clínicas que estão associadas a cada uma daquelas *"funções"* (ICN, 2002) centram-se na aquisição de conhecimentos e capacidades por parte do próprio ou dos seus cuidadores informais, para prevenir a ocorrência daqueles problemas indesejáveis. Assim, mais que controlar sinais ou sintomas das doenças, aqueles focos de atenção desafiam ao desenvolvimento de práticas de cuidados orientadas para promoção de comportamentos activos dos indivíduos, nas transições que os processos de saúde lhes colocam.

3.3.1.1 Dos elementos clínicos de enfermagem do RMDE e do *"Core"* das áreas de atenção da disciplina: algumas implicações

Dentro desta perspectiva, julgamos que, de acordo com os consensos produzidos no contexto deste estudo, o *core* das áreas de atenção mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem gira em torno de conceitos como o *Auto cuidado* e os comportamentos de *Adesão*, o *Tomar conta* de pessoas dependentes e a *Parentalidade*, a *Adaptação*, e a *Aprendizagem* (ICN, 2005), o que não deixa de ser consistente com os principais resultados da revisão da literatura que realizamos no primeiro capítulo desta dissertação.

O *Auto cuidado* refere-se ao *"tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária"* (Idem, p. 51). Este conceito, muito caro aos enfermeiros, pode encontrar-se na teoria do Auto cuidado de Orem (1971; 1983). Esta teoria postula que o auto cuidado é uma actividade aprendida pela pessoa. Diz respeito a comportamentos que se orientam para situações concretas da vida, e que o indivíduo dirige a si mesmo ou ao ambiente para regular os factores que afectam o seu próprio desenvolvimento e actividade em benefício da sua vida, saúde e bem-estar.

A teoria do Auto cuidado insere-se dentro da Escola das Necessidades (Meleis, 2005, p. 185 – 187); a qual advoga que o cliente é caracterizado por um conjunto de necessidades básicas que exige manutenção, podendo, de forma transitória ou permanente, entrar em défice ou dependência. O papel da enfermagem é assegurar essas actividades e promover a independência, através de intervenções de suporte e educação dos pacientes.

Segundo Evers (2003), um dos principais focos de interesse da investigação em enfermagem para os próximos anos, passa pela intensificação de pesquisas dirigidas pelo conceito de *"acções de auto cuidado"*. Este conceito, na nossa opinião, sinónimo de *Actividade executada pelo próprio* (ICN, 2005), abarca aspectos que vão desde o Auto

cuidado até aos comportamentos de procura de saúde e de adesão aos regimes terapêuticos prescritos. Estas posições vêm reforçar o significado que aspectos de saúde como o(s) *Auto cuidado*(s), a *Adesão* e *Gestão do regime terapêutico ou a Auto vigilância* têm para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

A centralidade dos *Comportamentos de procura de saúde,* dentro das áreas mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, vem enfatizar o papel activo dos clientes na consecução dos seus projectos de saúde. Neste enquadramento, os cuidados de enfermagem visam a utilização optimizada dos recursos da comunidade, por parte dos clientes. Os *Comportamentos de procura de saúde durante a gravidez* e a *Auto vigilância* são exemplos de focos de atenção, incluídos na estrutura substantiva do RMDE, que traduzem a pró – actividade inerente a este domínio.

O *Tomar conta* diz respeito às *"acções de providenciar cuidados quando necessário, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas..."* (ICN, 2005, p. 42). Este conceito coloca em relevo o envolvimento dos conviventes significativos nos processos de cuidados. No contexto deste estudo, a par do desempenho adequado do *Papel de prestador de cuidados*, por parte de um membro da família ou pessoa significativa, os *Papéis parentais*, a *Adaptação à gravidez* e a *Amamentação* assumem particular importância; o que coloca em destaque os cuidados de enfermagem capazes de ajudar as pessoas a *"assumir as responsabilidades de ser pai(s); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para optimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorizando as expectativas (...) quanto aos comportamentos de papel parental adequados..."* (Ibidem).

Pelo exposto no parágrafo anterior, percebemos as razões que justificam o facto dos conhecimentos e capacidades dos prestadores de cuidados e dos pais, atravessarem a grande maioria dos focos de atenção representados nos conteúdos do RMDE. A necessidade de desenvolver capacidades de *Tomar conta* parece configurar um desafio extremamente relevante para as pessoas que experimentam transições, que lhes exigem reformulações dos seus papéis, decorrentes, por exemplo, da gravidez, da assistência a um filho com problemas de saúde congénitos ou do desempenho do papel de prestador de cuidados a um familiar dependente (Meleis et al., 2000).

Da mesma forma que o conceito de *Auto cuidado* guarda uma relação estreita com a teoria de Orem, o conceito de *Adaptação* em enfermagem tem as suas origens nos trabalhos de Calista Roy (Roy, 1976; Roy & Andrews, 1991). A *Adaptação* refere-se às *"disposições para gerir novas situações e desafios"* (ICN, 2005, p. 81), tendo em vista o desenvolvimento de sentimentos e capacidades de controlo da situação, aceitação das

alterações nos papéis ou no estado de saúde, derivadas das transições experimentadas. Neste enquadramento, os cuidados de enfermagem incluem uma dimensão orientada para o desenvolvimento de respostas humanas com base em estratégias de *Coping* de *Auto controlo* eficazes.

> *X – Eu acho... parece-me que dizer que promover a adaptação é um objectivo dos cuidados é demasiado genérico. Mas não deixa de ser verdade.*
>
> *Y – Claro, se nós estivermos a pensar na adaptação como um todo sim... concordo contigo. No entanto, para os auto cuidados nós estamos a falar em estratégias adaptativas, falamos nos auto controlos, que são espécies de adaptação. Faz-me sentido dizer que em termos de grandes objectivos para os cuidados, a promoção da adaptação é um deles... sem dúvida... Se pensarmos bem... claro.*
>
> *Z – Eu posso dizer que quando estou a ensinar a filha a posicionar o senhor, estou a promover a sua adaptação ao papel de prestador de cuidados. A ideia de base é esta: se eu ensinar a pessoa... será capaz de desempenhar melhor aquela actividade e por isso fica mais adaptada.*
>
> Grupo de discussão, Setembro de 2003

Frequentemente, as reformulações nos papéis desempenhados e o desenvolvimento de estratégias adaptativas eficazes, por exemplo, para lidar com as dependências no auto cuidado, são optimizadas através do *"processo de aquisição de conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência"* (Idem, p. 97). Como já tivemos oportunidade de salientar, a aprendizagem cognitiva e a aprendizagem de capacidades constituem uma dimensão dos cuidados com grande sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros. Como nos dizia um dos participantes no grupo de discussão: *"Sem dúvida que esta área da saúde das pessoas é essencial para este RMDE, porque o conhecimento é um aspecto essencial da saúde das pessoas, é de extrema relevância para a prática de enfermagem (...). A aquisição de conhecimento é extremamente sensível aos cuidados de enfermagem"* (Grupo de discussão, Novembro de 2003).

As áreas centrais da saúde dos clientes representadas no RMDE poderão assumir um papel importante na clarificação do domínio da disciplina de enfermagem (Meleis, 2005). A relevância deste conjunto de aspectos de saúde para as discussões acerca dos territórios próprios da disciplina, na nossa opinião, advém do significado que a aprendizagem e a reformulação de papéis assume nos conteúdos do RMDE; isto porque, como nos dizia Meleis (Idem), as transições implicam a incorporação de *"... novo conhecimento, alteração de comportamentos e ainda, alteração da visão de si no contexto social"* (p. 108).

Estas dimensões colocam em destaque o papel de referência que os focos de atenção da prática profissional têm no desenho e desenvolvimento do modelo de agregação de

dados. Cada um destes focos da prática tem associado um grupo de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, os quais representam, como vimos, os elementos clínicos dos conteúdos do modelo.

3.3.1.2 Os Diagnósticos e os Resultados de enfermagem

Como já tivemos oportunidade de discutir, dada a estrutura da CIPE® (ICN, 2002; 2005), os resultados de enfermagem são inferidos a partir das modificações verificadas ao longo do tempo no estado dos diagnósticos de enfermagem. Por esta razão é que podemos falar de uma classificação virtual de resultados de enfermagem na CIPE® (Nielsen, 1999; Silva, 2000). Neste cenário, a produção de sínteses informativas centradas em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem exige uma identificação criteriosa dos diagnósticos de enfermagem associados a cada um dos focos de atenção. Do trabalho realizado no grupo de discussão, tendo presente o conceito de sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem, para cada um dos aspectos de saúde representados no RMDE, foi definido um conjunto de diagnósticos / resultados de enfermagem capazes de viabilizar as sínteses informativas que dessem resposta aos propósitos apontados para o modelo de agregação de dados.

A exploração que fizemos acerca dos conceitos centrais que se inferem dos 36 focos de atenção incluídos no modelo, ajudou-nos a clarificar os horizontes e desafios que se colocam para um exercício profissional que, gradualmente, deixe de estar exclusivamente orientado para a valorização da doença e para o cumprimento das prescrições médicas (Collière, 1989; Basto, 1998), e se centre nos valores do Cuidar.

O anexo 5 inclui todos os diagnósticos de enfermagem definidos para cada um dos focos de atenção representados no RMDE. Em média, cada um dos focos de atenção tem associadas 10 a 11 opiniões clínicas / diagnósticos de enfermagem. Aqui, não pretendemos fazer a discussão de cada um dos focos de atenção e, muito menos, de cada um dos respectivos diagnósticos de enfermagem. Contudo, se nos detivéssemos sobre os diagnósticos de enfermagem definidos para cada um daqueles focos, vislumbraríamos, de forma mais ou menos marcada, traços de intencionalidade (para os cuidados) ligados aos conceitos centrais em que se funda o modelo de agregação de dados de enfermagem.

> *X – Perguntas o que é que nós queremos para a Gestão do regime terapêutico (…). Eu acho que o grande objectivo é que a pessoa tenha uma gestão do regime eficaz... esse é o nosso grande objectivo... não tenho dúvidas.*
>
> *Y – Eu não posso deixar de concordar contigo. De facto...* (faz uma pausa e olha para o quadro onde eu ia escrevendo os diferentes aspectos que surgiam da discussão)*, posso dizer que o nosso grande objectivo é uma*

> *gestão eficaz. Mas, para isso eu tenho que trabalhar com o doente ou utente, aspectos como a auto administração de medicamentos, a sua conservação, as respostas e interacções desse medicamento... No fundo, eu faço todo um conjunto de ensinos... deixem-me dizer assim, para que a pessoa fique com os conhecimentos para, no seu dia – a – dia, ser capaz de cumprir as indicações e que o faça da forma mais natural possível. No fundo, nós queremos que a toma dos medicamentos, os hábitos de exercício e até alimentares sejam integrados de forma natural nas actividades de vida diária da pessoa...*
>
> Grupo de discussão, Janeiro de 2004

Assim, tendo presente a natureza dos focos de atenção incluídos no RMDE, bem como os diagnósticos e resultados de enfermagem que lhe estão adstritos, podemos dizer que os objectivos dos cuidados de enfermagem, dirigidos aos aspectos de saúde mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, situam-se no âmbito das respostas humanas intencionais aos processos de saúde / doença e às transições experimentadas ao longo da vida.

3.3.1.3 As Intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem são parte integrante dos conteúdos clínicos do RMDE. Vimos que a sua relevância para o modelo definido não está relacionada com a necessidade em produzir informação capaz de traduzir *"o que os enfermeiros fazem",* mas deriva das relações que se estabelecem entre os diagnósticos e os resultados de enfermagem, por um lado, e o seu significado para a clarificação dos objectivos colocados nos cuidados, por outro.

Fruto dos trabalhos produzidos pelo grupo de discussão, foi constituído um painel de aproximadamente 550 intervenções de enfermagem para os conteúdos do RMDE. Este conjunto de intervenções peca por ser demasiado extenso, particularmente quando comparado com aquilo que são os conteúdos clínicos de enfermagem dos demais RMDE, em uso internacionalmente.

> *X – Quando nós começamos este trabalho das intervenções, desde logo assumimos que teríamos que criar novas intervenções, porque as que já existiam não eram suficientes... não eram suficientes para os novos aspectos que nós metemos no RMDE. É aquela história do Real e do Ideal. Acho que isso faz com que o número seja alto.*
>
> *Y – Acho que até nem foi isso que fez este número tão alto. Nós já vimos que existem intervenções que são iguais, mas ditas de maneira diferente. Há coisas que num serviço são ditas de uma maneira e noutro sítio de outra diferente. Isso já era assim, antes dos RMDE. Nós concordamos em manter as intervenções sem grandes alterações e só criar as novas que fossem precisas, porque vimos que as alterações na parametrização dos qualificadores já eram muita coisa. Acho que fizemos bem. Por isso é que o número também é muito alto.*
>
> *Z – Sem dúvida. Mas eu tive a ver a parametrização do meu serviço e o*

> *número de novas intervenções é baixo. Existem muitas intervenções do RMDE, que foram criadas, e que não tem interesse nenhum para o meu serviço. O número é grande quando nós vemos tudo junto... mas, serviço a serviço, não.*
>
> Grupo de discussão, Abril de 2004

O número elevado de intervenções incluídas nos conteúdos do RMDE foi influenciado por três ordens de factores:

- Definição de novas intervenções de enfermagem;
- Diferentes sintaxes para a mesma semântica;
- Diferentes níveis conceptuais das intervenções de enfermagem em uso localmente.

Já tivemos oportunidade de discutir a necessidade sentida pelo grupo de discussão de proceder à construção e incorporação de novas intervenções, nos conteúdos em uso nos SIE, para viabilizar a produção de resultados em novas dimensões dos cuidados. Durante este processo foram desenvolvidas cerca de 50 novas intervenções de enfermagem.

Das novas intervenções construídas, 48 têm por tipo de acção[12] o *Informar* (ICN, 2002, p. 156). Este facto põe em destaque a *Aprendizagem* como dimensão central dos conceitos de base em que se fundamenta o RMDE. No trabalho de definição dos conteúdos clínicos do modelo de agregação de dados, o grupo de discussão convencionou que as intervenções de enfermagem dirigidas à *Aprendizagem de capacidades* teriam por tipo de acção, ou o *Instruir – "dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa " –*, ou o *Treinar – "desenvolver as competências de alguém..."*. Todos os outros tipos de *Informar*, nomeadamente o *Ensinar – "dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde" –* (Ibidem), ficavam reservados para as intervenções orientadas para a promoção da *Aprendizagem cognitiva*. Assim, das 48 novas intervenções que tinham por tipo de acção uma espécie de *Informar,* 24 dirigiam-se à *Aprendizagem cognitiva* e as restantes à *Aprendizagem de capacidades*.

A grande maioria das novas intervenções de enfermagem foi associada a focos de atenção do domínio dos processos corporais. Todavia, traduzem uma orientação para os cuidados centrada no desenvolvimento de capacidades de *Tomar conta*. Daqui releva o valor que o conceito de *Tomar conta* tem para este modelo de agregação de dados de enfermagem, nomeadamente através do desenvolvimento de recursos para o desempenho adequado do *Papel de prestador de cuidados* e o exercício da

[12] Tipo de Acção – *"Comportamento das enfermeiras na prática"* (ICN, 2002, p. xix).

Parentalidade.

A existência de diferentes sintaxes para a mesma semântica é outro dos factores que concorre para o elevado número de intervenções de enfermagem nos conteúdos do RMDE. Durante o curso das actividades do grupo de discussão, *"... vimos que existem intervenções que são iguais, mas ditas de maneira diferente. Há coisas que num serviço são ditas de uma maneira e noutro sítio de outra diferente. Isso já era assim, antes dos RMDE"* (Grupo de discussão, Abril de 2004).

Tendo presente esta realidade, era possível reduzir o número de intervenções incluídas nos elementos de enfermagem do RMDE. O quadro XV apresenta alguns dos exemplos de sintaxes diferentes para a mesma semântica.

Quadro XV – Exemplos de grupos de intervenções de enfermagem com sintaxes diferentes para a mesma semântica

Grupos de intervenções de enfermagem com sintaxes diferentes para a mesma semântica	
Sintaxe das Intervenções	**Código RIS**
Elevar a cabeceira da cama	*470*
Evitar a aspiração através da técnica de posicionamento	*91*
Executar técnica de Posicionamento para prevenir a aspiração	*756*
Aliviar a zona de pressão através de almofada	*458*
Colocar almofada sob a zona de pressão	*803*
Educar sobre hábitos alimentares	*93*
Ensinar sobre hábitos alimentares	*833*

Silva, no estudo que realizou em 2001, envolvendo três serviços de outros tantos hospitais do Norte de Portugal, naquilo que se reporta à utilização da CIPE® na construção de intervenções de enfermagem, concluiu que existem possibilidades praticamente infinitas de combinação de termos para dizer de forma culturalmente adequada (i.e.: congruente com a cultura e valores de cada serviço) os comportamentos dos enfermeiros na prática. Este facto decorre da natureza multi – axial da classificação, sem pré – combinação de termos à *priori* (Mortensen, 1999). As vantagens que resultam das várias possibilidades de combinação de termos, originando sintaxes diferentes para a mesma semântica, simultaneamente podem configurar problemas com os dados, para efeitos de produção de análises em larga escala.

Uma das formas de ultrapassar a proliferação de várias sintaxes para a mesma semântica, passa pela selecção das sintaxes mais adequadas para efeitos da produção de informação válida para níveis de tomada de decisão superior. Pelo carácter normativo que este processo encerra, acreditamos que só possa ser feito pelo Ministério da Saúde,

uma entidade reguladora da política de sistemas de informação da saúde ou um "serviço de reciclagem de dados". A outra via, implica a manutenção das múltiplas possibilidades de documentação do mesmo comportamento dos enfermeiros na prática, criando uma estratégia de mapeamento das sintaxes, de forma a estabelecer as *"intervenções sinónimo"*. Este é um trabalho que pode revelar-se essencial para futuras investigações, em larga escala, acerca da efectividade das intervenções de enfermagem.

No âmbito deste projecto de investigação, optámos por manter em uso todas as intervenções de enfermagem, independentemente da existência de sintaxes diferentes para nomear a mesma semântica. De facto, *"... concordamos em manter as intervenções sem grandes alterações e só criar as novas que fossem precisas, porque vimos que as alterações na parametrização dos qualificadores já era muita coisa"* (Grupo de discussão, Abril de 2004). Com esta opção, procurámos reduzir ao mínimo a reformulação dos conteúdos em uso nos SIE, os quais já sofreram grandes alterações ao nível da parametrização das opiniões clínicas associadas a cada um dos focos de atenção.

> Dezembro de 2004 – Parametrização dos conteúdos do SAPE, de todos os serviços do Hospital XXX. Durante o intervalo converso com alguns colegas.
>
> *X – Eu acho que isto está bem... teoricamente está bem. A Y e a Z* (refere-se às duas colegas do hospital que fazem parte do Grupo de discussão) *têm feito um trabalho muito válido com todos os colegas dos serviços. Mas...eu acho que os dados, quando começarmos a recolher e tu analisares, vão ficar um bocadinho aquém. Tudo isto exige muito tempo... temos consciência que é assim.*
>
> Notas de campo, Dezembro de 2004

Na realidade, apercebemo-nos que se levássemos por diante um processo de redução e agregação das intervenções de enfermagem, nos diferentes contextos locais, iríamos produzir uma grande *entropia* nos SIE em uso, gerando um efeito perverso, ainda que sustentado num princípio teórico aceitável e até, desejável. Por outro lado, acreditamos que a consolidação da utilização do RMDE possa trazer novos aportes para esta discussão.

Contudo, dentro dos trabalhos do grupo de discussão, ensaiámos um processo de selecção das sintaxes mais adequadas – acreditávamos nós – para o RMDE. Os resultados não foram animadores. Este processo de selecção fez-nos chegar a um conjunto de cerca de 350 intervenções de enfermagem, mesmo optando por apenas uma das "intervenções sinónimo".

O elevado número de intervenções de enfermagem nos conteúdos clínicos do RMDE também pode ser explicado pelos diferentes níveis conceptuais das múltiplas intervenções usadas localmente. Quer isto dizer que no painel global de intervenções de

enfermagem do RMDE, encontramos intervenções que são espécies de um género ou tipo de intervenções, sob o ponto de vista conceptual, mais abstracto. No quadro seguinte apresentamos alguns exemplos ilustrativos desta realidade.

Quadro XVI – Exemplos de intervenções de enfermagem com diferentes níveis conceptuais (Género – Espécies)

Intervenções de Enfermagem			
Género	**Código RIS**	**Espécies**	**Código RIS**
Aspirar secreções	*89*	*Aspirar secreções da cavidade oral*	*350*
		Aspirar secreções da cavidade nasal	*351*
		Aspirar secreções pelo traqueostoma	*460*
		Aspirar secreções pelo tubo traqueal	*461*
Ensinar sobre relação entre lactação e estilos de vida	*994*	*Ensinar sobre hábitos alimentares durante a lactação*	*997*
		Ensinar sobre hábitos de ingestão de líquidos durante a lactação	*998*

A definição dos níveis conceptuais das várias intervenções que aqui se apresenta é apenas fruto do trabalho de análise realizado no grupo de discussão, pelo que devemos considerar as limitações que lhe estão associadas. O principal critério que iluminou esta categorização baseia-se no facto de, por exemplo, *"Aspirar as secreções da cavidade oral"* ser, naturalmente, uma espécie de *"Aspirar as secreções".* A existência de diferentes níveis conceptuais na descrição e classificação dos comportamentos dos enfermeiros na prática é um facto presente em algumas das principais classificações de intervenções de enfermagem (McCloskey & Bulechek, 2000).

No estudo que realizou em 2001, Silva reconhece que, no que se reporta à linguagem, *"foi também difícil estabelecer os níveis adequados de granulosidade das intervenções de enfermagem, por forma a evitar a utilização de diferentes níveis de descrição das intervenções de enfermagem"* (p. 160).

Acreditamos que, tal como as questões relativas à proliferação de diferentes sintaxes para a mesma semântica, os problemas relativos aos diferentes níveis conceptuais das intervenções utilizadas em cada um dos contextos locais, também obrigará à tomada de decisões que ultrapassam os domínios restritos da investigação científica.

O conjunto das intervenções de enfermagem do RMDE foi analisado em função dos principais tipos de acção de enfermagem da versão Beta da CIPE®. Este perfil de análise revelou-se útil para a compreensão da natureza genérica das intervenções que produzem resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem. Este trabalho só foi realizado no grupo de discussão, após terem sido completados os consensos à volta das intervenções de enfermagem, para cada um dos focos de atenção. Na versão Beta da

classificação utilizada para descrever os conteúdos clínicos de enfermagem deste modelo de agregação de dados, existem cinco grandes tipos de acções de enfermagem:

> *"Observar – Ver cuidadosamente alguém ou alguma coisa".*
>
> *"Gerir – Estar encarregado de, ou de enquadrar, alguém ou alguma coisa".*
>
> *"Executar – Desempenhar uma tarefa técnica".*
>
> *"Atender – Estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa".*
>
> *"Informar – Falar com alguém acerca de alguma coisa".*
>
> (ICN, 2002, p. 143 – 157)

Já tivemos oportunidade de discutir o reduzido significado que as intervenções de enfermagem do tipo *Observar* têm para este modelo de agregação de dados. Apesar disso, os conteúdos clínicos do RMDE incluem três intervenções que têm por tipo de acção espécies de Observar:

Quadro XVII – Intervenções de enfermagem com tipo de acção do género Observar, incluídas nos conteúdos do RMDE

Intervenção de enfermagem	Código RIS
Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz	*455*
Inspeccionar cavidade oral depois das refeições	*495*
Supervisar actividades da pessoa	*638*

Estas três intervenções de enfermagem incluídas nos elementos clínicos do RMDE traduzem questões não lineares relativas às relações entre os aspectos sintácticos, semânticos e pragmáticos da linguagem e comunicação humana. Como vimos, o significado que resulta da associação de vários termos de um vocabulário controlado, vai para além do simples somatório dos significados dos termos concatenados (Mortensen, 1999; Silva, 2000). Neste contexto, os significados que aquelas três intervenções encerram parecem estar fora do conceito de *"ver cuidadosamente alguém ou alguma coisa".*

> *X – Pois...por exemplo, fazer um trabalho com o utente de analisar situações que já lhe aconteceram e quais foram as estratégias que utilizou para lidar com isso. Alguma pode ser útil para o ajudar a aceitar uma alteração no estado de saúde... promover a aceitação do estado de saúde.*
>
> *Y – Mas a intervenção não é um verdadeiro tipo de vigiar ou monitorizar... é mais de interagir com o utente.*
>
> Grupo de discussão, Setembro de 2004

A partir destes três exemplos de intervenções de enfermagem e expandindo a reflexão a toda a problemática da documentação e representação dos aspectos relativos aos

cuidados, percebemos que ainda é longo o caminho a percorrer no sentido da busca dos melhores termos e suas associações, para descrever com propriedade a natureza particular de cada situação de cuidados. No entanto, como nos dizem Hoy & Hardiker (1999), devemos estar conscientes que a utilização da linguagem (em geral) implica sempre perda de detalhes; mas, por outro lado, é aquilo que nos permite sair do "nosso mundo muito privado" e partir para o mundo da partilha de informação e conhecimento.

O agrupamento das intervenções de enfermagem do RMDE, em função dos grandes tipos de acção da versão Beta da CIPE®, produziu dados interessantes para análise no grupo de discussão.

Tabela 10 – Distribuição das Intervenções de Enfermagem incluídas nos elementos clínicos do RMDE pelos 5 principais Tipos de Acção da CIPE® (versão Beta)

Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelos 5 principais Tipos de Acção da CIPE® (versão Beta)		
Tipo de Acção	**N**	**%**
Observar	*3*	*0,56*
Gerir	*39*	*7,13*
Executar	*38*	*6,94*
Atender	*102*	*18,64*
Informar	*365*	*66,73*
Total	**547**	**100,00**

O facto de cerca de dois terços das intervenções de enfermagem definidas para o RMDE terem por tipo de acção uma espécie de *Informar*, vem reforçar a relevância que a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) tem para este modelo de agregação de dados. O significado que estes valores têm para as práticas e para a própria disciplina, na nossa opinião, merece reflexões futuras mais aprofundadas. Julgamos que, em função destes dados, o aumento da sistematização das intervenções de enfermagem jogar-se-á no contexto da construção de respostas mais apropriadas acerca de como ensinar, com que estratégias e com que didácticas. Para além disso, teremos que reflectir e investigar, ainda mais, sobre as variáveis envolvidas nos processos de aprendizagem, de forma a evoluirmos no sentido de uma enfermagem cada vez mais avançada.

Para além do significado que assumem as intervenções dirigidas ao desenvolvimento do repertório de recursos cognitivos e instrumentais das pessoas para lidarem com as suas transições, devemos destacar o relevo que acções como o *incentivar*, o *assistir* ou o *apoiar* – espécies de *Atender* – apresentam no painel de intervenções de enfermagem definido para o RMDE. Desta forma, o exercício de enfermagem é retirado de um plano tradicional, em que os enfermeiros são vistos como alguém com uma especial apetência para a realização de tarefas instrumentais (derivadas ou dependentes da actividade

médica), e é colocado num cenário em que o envolvimento com os clientes se afigura com grande potencial terapêutico. Esta perspectiva é consentânea com as transformações que nos últimos anos se têm vindo a verificar nas práticas, o que tem favorecido a emergência de uma visão mais clara daquilo que é a essência da *"Ciência de Enfermagem"* (Parse, 1999).

> *X – Eu acho que não nos devemos admirar. Claro que se nós queremos muito ter informação e dados sobre resultados nos campos dos prestadores de cuidados e dos pais, vamos ter muitas intervenções do tipo informar. Essas intervenções são fundamentais. São essas e também as do tipo Atender... devo dizer que achava, antes de ver isto assim, que tu nos apresentas, que depois das do tipo Ensinar... quero dizer... Informar, depois estavam as do tipo Executar. Achava que eram mais do tipo Executar... não acho que são muitas do tipo Atender, mas achava que eram mais do tipo Executar.*
>
> *Y – Pois... nós temos ideia que fazemos tanta coisa... que executamos tanto. Também fiquei surpreendida, com um número mais baixo de Executar. Mas é natural... nós estamos a querer coisas que exigem muitos ensinos, queremos muitas coisas que estão centradas nos conhecimentos e capacidades... e não estamos muito numa visão de fazer pelo doente... os nossos resultados sensíveis não são atingidos se nós nos limitarmos a substituir os doentes. Por isso, acho natural.*
>
> Grupo de discussão, Setembro de 2004

A clarificação daquilo que é a essência da disciplina, segundo Meleis (2005), pode ser feita tomando por objecto de análise a natureza das terapêuticas utilizadas nos cuidados, razão pela qual aquela autora considera as intervenções como conceito central do *core* da enfermagem. As intervenções que fazem parte dos conteúdos deste RMDE e que, segundo o material que emergiu do grupo de discussão, produzem resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, radicam na interacção com os clientes (Meleis, Idem; Newman, 2002). A centralidade da interacção ou conexão com os clientes, derivada de intervenções como o *Informar* ou o *Atender*, vem salientar o carácter humanista da ciência de enfermagem, aspecto tido como fundamental para a definição do domínio da disciplina.

A análise dos *alvos* – *"entidade que é afectada ou confere conteúdo à acção de enfermagem"* (ICN, 2002, p. 159) – utilizados na construção de cada uma das 547 intervenções, também nos revelou alguns dados que se situam na linha do exposto nos parágrafos anteriores. Aqui, devemos destacar o facto das entidades que conferem conteúdo às acções de enfermagem se situarem no âmbito das respostas humanas ou dos recursos utilizadas nas mesmas; como, por exemplo: *equipamento adaptativo*, *família*, *hábitos* ou *prestador de cuidados.*

Na mesma linha, quando procedemos a um trabalho de identificação dos *recursos*

usados nas intervenções de enfermagem, percebemos que apenas 11 das 547 intervenções tinham necessidade de incluir na sua estrutura sintáctica a *"entidade usada no desempenho da acção de enfermagem"* (Idem, p. 171).

> *X – É claro que nós, todos os dias trabalhamos com muitos instrumentos, aparelhos e tecnologias. E, até posso dizer, isso nalguma fase da nossa vida, estou a pensar quando acabei o curso e fui trabalhar para uma urgência, que aquilo tudo me fascinava... fascinou-nos a todos. É natural... mas as intervenções que produzem resultados sensíveis, não precisam de grandes ferramentas... não precisam de grandes tecnologias.*
>
> Grupo de discussão, Setembro de 2004

O fascínio que a tecnologia exerce sobre os enfermeiros pode ser explicado à luz do interaccionismo simbólico, em que a identificação com os médicos e com o seu perfil de actuação *"... torna-se um estratégia de sobrevivência"* (Basto, 1998, p. 96), principalmente em meios organizados em função do trabalho médico. Todavia, os resultados que mais parecem depender da tomada de decisão de enfermagem dispensam o recurso a grandes dispositivos tecnológicos, derivados do saber médico.

Em função destes dados, podemos dizer que as intervenções de enfermagem, que produzem resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, são actividades fora do conceito de *"cuidados técnicos"* (Collière, 1989), têm por principais instrumentos os recursos da pessoa enfermeiro e da pessoa cliente, desenrolam-se numa interacção profunda e com sentido, e têm por finalidade desenvolver o máximo potencial das pessoas para lidarem com as suas transições (Dossey et al., 1995; Parse, 1999; Watson & Smith, 2002; Meleis, 2005).

> No final de uma reunião com um conjunto de colegas de um centro de saúde envolvido na segunda parte do estudo, a propósito da discussão de alguns resultados preliminares, dizia-me a colega:
>
> *X – Já lá no grupo falamos disto... as pessoas podem ficar a pensar que isto, como tem muitos ensinos, é fácil, porque nós estamos habituados a estes tipo de actividades. Mas, repara, eu acho que muito do que aparece ali, ou melhor, ainda não aparece, tem a ver com o facto de nós acharmos que ensinar é dizer as coisas às pessoas, com a melhor das intenções, claro, e pronto... está feito o ensino. Não é. Isto do ensinar, e ainda por cima os treinos, para a aprendizagem de habilidades, isto exige muito trabalho e sistemática. Acho que os resultados que estivemos a discutir revelam um pouco a nossa falta de sistemática nos ensinos.*
>
> *Notas de campo, Junho de 2005*

A definição deste conjunto de intervenções de enfermagem coloca-nos perante a ideia de um *"core group"* de intervenções, dirigido a um *"core group"* de aspectos de saúde, exigindo um *"core group"* de competências para o desenvolvimento das práticas e a optimização dos resultados em saúde.

3.3.2 Os elementos sócio – demográficos e do serviço

Na estrutura substantiva dos conteúdos de um RMDE, os elementos sócio – demográficos e de serviço representam itens de informação fundamentais para os processos de agregação de dados e o estabelecimento de relações entre os elementos de enfermagem e a demais informação disponível nas bases de dados da saúde.

As opções realizadas no quadro deste estudo, em relação àquele tipo de itens de informação, tiveram por base aquilo que está em uso na RIS portuguesa e aquilo que a literatura sobre o tema sustenta.

3.3.2.1 Os Elementos sócio – demográficos

A estrutura substantiva deste RMDE inclui três categorias de dados nos seus elementos sócio – demográficos (Quadro XVIII).

Quadro XVIII – Elementos sócio - demográficos do RMDE

Elementos sócio - demográficos
Data de nascimento
Residência
Sexo

A data de nascimento permite-nos obter a idade de cada "caso" na altura da análise dos dados; sendo o sexo e a residência importantes para a definição de perfis de necessidades, intervenções e resultados de enfermagem em diferentes grupos de clientes. Vimos que uma das vantagens associadas à utilização de RMDE passava pelo conhecimento da variabilidade e diversidade dos elementos de enfermagem, em diferentes grupos populacionais, em momentos e locais distintos.

3.3.2.2 Os Elementos do serviço

Dentro da RIS, cada serviço hospitalar e cada centro de saúde tem um código de identificação atribuído, o que sob o ponto de vista da agregação de dados se revela crucial. Os casos provenientes dos hospitais são identificados pelo número do episódio, isto porque o mesmo utente pode, num determinado período, ter mais do que um episódio de internamento, inclusive em instituições diferentes. No que respeita aos dados provenientes dos centros de saúde, o único meio de identificar de forma unívoca cada cliente é através do seu número de cartão de utente (Quadro XIX).

Quadro XIX – Elementos do serviço do RMDE

Elementos do serviço
Código do serviço ou do centro de saúde
N.º episódio de internamento ou n.º cartão de utente

Itens de informação como os Grupo de Diagnósticos Homogéneos (GDH), as

intervenções cirúrgicas realizadas ou os programas de saúde dos centros de saúde, entre outros, são variáveis que se podem revelar interessantes para os processos de organização dos dados que resultam de um RMDE. No entanto, não estão incluídos na estrutura substantiva de base do modelo de agregação de dados de enfermagem, apesar de fazerem parte da informação que regularmente está disponível nas bases de dados da saúde. E é com base neste facto que ficam viabilizadas múltiplas leituras e cruzamentos de dados de saúde, as quais se podem revelar importantes para a melhoria da qualidade da assistência.

3.4 Sínteses

Neste capítulo procedemos à descrição e análise dos elementos envolvidos na definição dos propósitos e conteúdos substantivos do RMDE. Relativamente aos conceitos implícitos ao modelo de agregação dados, vale a pena sintetizar alguns aspectos que reportamos como essenciais.

A definição dos propósitos do RMDE constitui o elemento fundador do percurso desenvolvido ao longo de todo o trajecto de investigação. Pensar em RMDE implica, antes de tudo, responder à questão: *"RMDE, para quê?".* Os propósitos do RMDE definido têm por alicerces um conjunto de aspectos que apontam para dois grandes objectivos: disponibilizar informação capaz de promover a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e; simultaneamente, constituir-se como um recurso para os diferentes níveis da tomada de decisão em saúde.

O conceito de sensibilidade aos cuidados de enfermagem configura um aspecto nuclear de todo o processo de definição do RMDE. Este conceito está intimamente relacionado com a problemática da tomada de decisão em enfermagem. Como vimos, a tomada de decisão é tida como um elemento nuclear do domínio da Enfermagem (Meleis, 2005), referindo-se à dimensão autónoma do exercício dos enfermeiros, e implicando uma dinâmica constante de avaliação e diagnóstico, prescrição e implementação de intervenções, bem como de análise dos resultados obtidos. Em Portugal, os modelos de SIE que têm vindo a ser desenvolvidos, assentam num requisito estrutural que visa organizar a informação, tendo por referência, quer a dimensão interdependente, quer a dimensão autónoma do exercício. A incorporação nos conteúdos dos SIE de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, possibilita uma mudança de paradigma nos discursos acerca da visibilidade dos cuidados de enfermagem. Assim, evolui-se de uma ênfase orientada para "tornar visível o que os enfermeiros fazem", para uma lógica de "dar visibilidade àquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem".

Figura 2 – Ilustração das sínteses relativas ao desenvolvimento e exposição dos propósitos e conteúdos do RMDE

Pressupondo que a discussão da sensibilidade aos cuidados de enfermagem, dos vários aspectos de saúde, se faz num cenário multiprofissional e multidisciplinar, assumiu-se que os focos de atenção mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros são aqueles que estão associados a problemas face aos quais, as intervenções de enfermagem contribuem de forma decisiva para os resultados desejados. Estes, são conceptualizados em "termos de enfermagem", dirigindo-se à promoção da independência nas acções realizadas pelo cliente, com base na sua intencionalidade, à aquisição de competências cognitivas e instrumentais, e ao desenvolvimento de respostas adaptativas eficazes. Daqui emerge um conceito que merece maior atenção, na medida em que, face à "existência" de focos de atenção mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, podemos falar em diferentes estatutos dos múltiplos aspectos de saúde com relevância para a prática dos enfermeiros.

O RMDE definido, muito em particular os seus elementos clínicos, representa uma parte muito precisa dos conteúdos dos SIE em uso em cada uma das unidades de cuidados. O RMDE inclui diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, tendo por referência um painel de 36 focos de atenção. Estes conteúdos, uma vez recolhidos com

sistemática e regularidade, constituem a matéria-prima a ser usada na viabilização e aperfeiçoamento de um conjunto de métricas relativas ao exercício profissional dos enfermeiros.

Dada a natureza dos aspectos incluídos na estrutura substantiva do RMDE, as intervenções de enfermagem capazes de produzir resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, consistem numa abordagem cuidativa, centrada no desenvolvimento do potencial das pessoas para lidarem de forma eficaz com as transições, tendo por alicerce a interacção com os clientes, fundamentalmente, através de acções do tipo *"Informar"* e *"Atender",* o que centra os conteúdos do RMDE no âmbito das respostas humanas.

3.5 Referências

ANA (1995a) – *An Emerging Framework: Data system Advances for Clinical Nursing Practice*. Washington, DC: American Nurses Association

ANDERSON, L. (1997) - *Argyris and Schön's theory on congruence and learning.* On line: http://www.scu.edu.au/schools/sawd/arr/argyris.html, em 23-05-2003

BASTO, M. (1998) – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros

BLEWITT, D. K.; JONES, K. R. (1996) – *Using elements of nursing minimum data set for determining outcomes*, Journal of Nursing Administration. 26 (6), p. 48 – 56

BRITO, A. (2003) – *A representação do juízo diagnóstico em Enfermagem – dos dados "matéria-prima" aos juízos dos enfermeiros sobre os seus focos da prática*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

CLARK, J.; DELANEY, C. (2000) – Conceptualisation and feasibility of an international Nursing Minimum Data Set (I-NMDS). In: SABA, V.; CARR, R.; SERMEUS, W.; ROCHA, P. – *One Step Beyond. The Evolution of Technology & Nursing, Proceedings of the 7th International Congress on Nursing Informatics*. Auckland: Addis International

COENEN, A.; SCHONEMAN, D. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set: use in the quality process*; Journal of Nursing Care Quality. 10 (1), p. 9 – 15

COLLIÈRE, M. (1989) – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set, standardized language, and health care quality*; Journal of Nursing Care Quality. 10 (1), p. 16 – 30

DOCHTERMAN, J.; TITLER, M.; WANG, J.; REED, D.; PETTIT, D.; MATHEW-WILSON, M.; BUDREAU, BULECHECK, G.; KANAK, M. (2005) – *Describing use of Nursing Interventions for three Groups of Patients*; Journal of Nursing Scholarship. 37 (1), p. 57 - 66

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M., F. (1992) – *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem.* Lisboa: Lusodidacta

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

DOSSEY, B. M.; KEEGAN, L.; GUZZETTA, C.; KOLKMEIER, L. (1995) – *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Gaithersburg – Maryland: 2ª Ed., Aspen Publishers

EVERS, G. (2003) – *Developing Nursing Science in Europe*; Journal of Nursing Scholarship. 35 (1), p. 9 – 13

GLASER, B.; STRAUSS, A. (1967) – *The Discovery of Grounded theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine

GOOSSEN, W. (2000 b) – *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag

HENRY, B.; ELFRINK, V.; McNEIL, B.; WARREN, J. (1998) - *The ICNP®'S relevance in US*. International Nursing Review. 45 (5), p. 151 - 157

HOY, D.; HARDIKER, N. (1999) – Representing Nursing: The Puzzle of Language and Classification. In: MORTENSEN, R. – *ICNP® and Telematic Applications for Nurses in Europe.* Amsterdam: IOS Press

ICN (2000) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

ICN (2002) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2000) – *Nursing Outcomes Classification – NOC* -, St. Louis: 2ª Ed, Mosby

KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.& MAJOR, F. (1994) – *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes

LEPROHON, J. (2001) – A qualidade dos cuidados de enfermagem. In ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

McCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. (2000) – *Nursing Interventions Classification* (NIC). St Loius: 3ª Ed, Mosby

MELEIS, A I., SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. (2000) – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*; Advances in Nursing Science. September, p. 13 – 28

MELEIS, A. I. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins

MORTENSEN, R. (1999) – ICNP® Beta: A Combinatorial Design for Professional Unity and Expressive Power. In MORTENSEN, R. – *ICNP® and Telematic Applications for Nurses in Europe*. Amsterdam: IOS Press

NANDA (2003) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2003 - 2004*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NEWMAN, M. A. (2002) – *The Pattern that connects*; Advances in Nursing Science. 24 (3), p. 1 – 7

NIELSEN, G. (1999) – Telenurse Introduction to β – ICNP®. In *Research and Technology Development project HC4029: Telematic Applications for Nurses: Integration and Dissemination of European Nursing Terminology in Information Technology*. Copenhagen: Danish Institute for Health and Nursing Research

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Dezembro

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2003) – *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999 / 2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OREM, D. (1971) – *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill

OREM, D. (1983) – The Self-care deficit theory of nursing: A general theory. In: CLEMENTS, I.; ROBERTS, F. – *Family Health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons

OZBOLT, J. (1998) – *From Minimum Data to Maximum Impact: Using Clinical Data Set to Strengthen Patient Care*. On line: http://cti.itc. Virginia.edu

/~spf2j/707materials/ozbolt98.htm

PARSE, R. R. (1999) – *Nursing Science: the transformation of practice*; Journal of Advanced Nursing. 30 (6), p. 1383 – 1387

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2003) – *Plano Nacional de Saúde*. On line: http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf

ROY, C. (1976) – *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall

ROY, C.; ANDREWS, H. (1991) – *The Roy adaptation model: The definitive statement*. East Norwalk, CT: Appleton & Lange

SERMEUS, W.; DELESIE, L.; VANLANDUYT, J.; WUYTS, Y.; VANDEN BOER, G.; MANNA, M. (1994) – *The Nursing Minimum Data Set in Belgium: A basic tool for the tomorrow's healthcare management. Ministry of Public Health Environment.* Leuven*:* Centre for Health Services Research, Katholieke Universiteit

SILVA, A. (2000) – *Classificação internacional da prática de enfermagem: estudo de implementação*. Porto: [s.n.]. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. João, para concurso de provas públicas para Professor – Coordenador na área cientifica de Ciências de Enfermagem

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P. (2005) – *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

STRAUSS, G.; CORBIN, J. (1990) – *Basics of Qualitative Research: Grounded theory Procedures and Techniques.* Newbury Park: Sage Publications

VOLRATHONGCHAI, K.; DELANEY, C. W.; PHUPHAIBUL, R. (2003) – *Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand*; Journal of Advanced Nursing. 43 (6), p. 588 – 594

WATSON, J.; SMITH, M. C. (2002) – *Caring science and the science of unitary human*

beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development; Journal of Advanced Nursing. 37 (5), p. 452 – 461

WERLEY, H; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. (1991) – *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*; AJPH. 81 (4), p. 421 - 426

ZIELSTORFF, R., D.; McHUGH, M., L.; CLINTON, J. (1988) – *Computer Design Criteria for Systems that Support the Nursing Process.* Kansas City: American Nurses Association

4 RMDE: desenvolvimento e exposição da estrutura do modelo

Durante a primeira fase deste projecto de investigação, à medida que foram ficando claros os propósitos do modelo de agregação de dados, os trabalhos do grupo de discussão passaram a estar progressivamente focalizados na definição dos conteúdos substantivos do RMDE e das sínteses informativas a desenvolver. Como já tivemos oportunidade de salientar no capítulo anterior, este trabalho de definição dos conteúdos do modelo e das lógicas para a sua leitura foi caracterizado por uma verdadeira simultaneidade, pelo que apenas a necessidade de organização da dissertação nos fez optar por esta estratégia de apresentação do adquirido.

O conceito de síntese informativa deriva da *"aritmética do valor"* da informação, proposta por Zorrinho (1999, p. 11), representando o resultado da aplicação de um *"padrão de leitura"* sobre os dados, o que nos permite ir, progressivamente, acrescentando valor a um conjunto de representações simbólicas dos cuidados – o RMDE.

Neste enquadramento, um RMDE é apenas matéria-prima em bruto que, se não for sujeita a um determinado padrão de leitura, não é capaz de acrescentar valor aos cuidados prestados. De acordo com Zorrinho (op. cit.), a informação válida para as organizações não é mais do que dados sobre os quais foi lançado um determinado padrão de leitura ou análise. Aquilo que aqui se ensaia, em termos de sínteses informativas, procura ser informação válida que, às diferentes escalas, sirva os sistemas de desenvolvimento e promoção contínua da qualidade dos cuidados. Representa uma primeira abordagem a uma estratégia sistemática de gestão da informação que resulta dos cuidados, com o intuito de perspectivar a produção de métricas capazes de indicarem o contributo do exercício profissional dos enfermeiros para a saúde das populações.

Assim, neste capítulo pretendemos descrever os processos envolvidos na progressão de um conjunto de dados, para um painel de sínteses informativas relativas ao exercício profissional dos enfermeiros, tendo por enquadramento os propósitos consensualizados para o RMDE. Para isso, procuramos discutir a natureza daquelas sínteses informativas e o modelo ou padrão de leitura dos dados que lhe está na origem. Estabelecendo ligação com aquilo que está descrito no capítulo anterior, exploramos a utilidade das diferentes sínteses informativas nos vários contextos de assistência. A análise dos requisitos essenciais envolvidos na viabilização do RMDE definido, também merece destaque nesta parte da dissertação.

O material que está na origem dos resultados apresentados neste capítulo é fruto das sessões com o grupo de discussão, das notas de campo relativas aos encontros e reuniões realizadas nos vários serviços e centros de saúde, e daquilo que deriva do segundo questionário lançado aos enfermeiros das unidades de cuidados participantes no projecto.

4.1 Do Resumo Mínimo de Dados e das sínteses informativas que podem ser geradas

No enquadramento teórico deste estudo, fizemos notar a evolução que se tem verificado nos últimos anos na problemática da informação de enfermagem, progredindo de uma ênfase colocada na produção de prova documental da assistência, para uma lógica de gestão da informação, tendo por horizonte a melhoria da qualidade dos cuidados (Marin et al., 2001; Silva, 2001).

Na mesma perspectiva, discutimos as relações que se estabelecem entre a quantidade e qualidade dos dados de origem – a matéria-prima - e as sínteses informativas produzidas (Losee, 1997). Com isto, procuramos destacar que, os produtos informacionais que resultam de qualquer padrão de leitura dos dados, independentemente dos seus méritos e debilidades, estão sempre na dependência da quantidade e, essencialmente, da qualidade dos dados documentados pelos enfermeiros. Pelo exposto, podemos afirmar que, o mesmo RMDE, permite a produção de uma extensa gama de sínteses informativas, tantas quantas os diferentes padrões de leitura que sobre ele forem lançados.

É neste contexto que importa, antes de tudo, definir uma estratégia de recolha sistemática, regular e padronizada de um RMDE, por forma a que diferentes padrões de leitura possam ser lançados sobre os dados, em função das necessidades de informação e conhecimento sobre o exercício profissional dos enfermeiros, que forem sendo sentidas. Estes esforços inscrevem-se numa estratégia mais alargada de gestão dos recursos informativos, que visa a transformação da informação em acções de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e, por consequência, da qualidade em saúde.

4.2 A natureza das sínteses informativas ensaiadas

Em qualquer domínio do conhecimento, as sínteses informativas geradas a partir de um conjunto de dados são sempre representações sintéticas da realidade e, como tal, encerram, em si mesmas, limitações e constrangimentos, os quais devem ser

considerados nas análises que se fazem a partir delas. Contudo, a consciência das limitações de qualquer produto informacional não nos deve impedir de os utilizar com parcimónia na definição estratégica em saúde (Bittar, 2001). Neste estudo, a definição da estrutura substantiva do RMDE foi conduzida pelos propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados.

> *X – Se nós dizemos que queremos dados sobre as principais necessidades em cuidados de enfermagem e sobre os ganhos em saúde altamente sensíveis a estes cuidados, nós vamos ter que pensar muito bem na informação ou nos indicadores que queremos. Eu, por exemplo, nos nossos centros de saúde não temos dados totalmente fiáveis sobre a quantidade de pessoas com úlceras de pressão... acho, sinceramente, que no país ninguém sabe. Se perguntarmos qual é a percentagem de pessoas inscritas nos centros de saúde com algum grau de dependência nos auto cuidados... quem é que sabe? Atenção que não estou a falar no índice de dependentes do INE, isso é outra coisa. Estou a falar de enfermagem: pessoas com algum grau de dependência para tomar banho ou posicionar-se. Antes de tudo, antes dos resultados ou dos ganhos, nós devemos saber quantas pessoas são dependentes, quantas pessoas têm úlceras, quantas pessoas não aderem ao regime terapêutico, quantos cuidadores informais é que entram em stress ou estão em risco... isto é enfermagem.*
>
> *Y – Concordo, mas os ganhos são muito importantes... importantes para dizer o que as pessoas ganham com os nossos cuidados e para sabermos se estamos a produzir resultados em condições. Não podemos saber só que temos muitas pessoas com úlceras ou com risco de úlceras de pressão. Acho que temos que saber quantas* (úlceras de pressão) *é que somos capazes de evitar, quantas é que curaram, quantos familiares aprenderam a prevenir as úlceras.*
>
> Grupo de discussão, Novembro 2003

Tendo presentes os propósitos definidos para o modelo de agregação de dados e os aspectos de saúde mais sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, os trabalhos do grupo de discussão conduziram-nos a três grandes tipos de sínteses informativas relativas ao exercício profissional dos enfermeiros:

- Frequências dos diagnósticos de enfermagem;
- Sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações;
- Sínteses informativas orientadas para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem.

Esta tipologia é congruente com aquilo que os trabalhos de Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001) já apontavam. Nos estudos que estes autores desenvolveram, foram alinhavados vários exemplos de hipotéticos indicadores de enfermagem que poderiam ser obtidos a partir dos dados documentados nos SIE do tipo II (Idem), numa lógica de gestão e optimização do recurso informação, colocando a tónica na componente resultados (Donabedian, 2003).

A implementação de um RMDE abre-nos múltiplas oportunidades de ler material representativo dos cuidados de enfermagem; oportunidades que vão muito para além daquilo que aqui se ensaia. Com efeito, as sínteses informativas agora perspectivadas não são capazes de traduzir, por exemplo, a deterioração no estado dos diagnósticos de enfermagem. O "padrão de leitura" dos dados desenhado, não nos permite conhecer o número de casos em que, entre a primeira e a última opinião clínica documentada, relativamente a um diagnóstico de enfermagem, ocorreu um agravamento do seu estado. As razões que justificam este facto derivam da intenção do grupo de discussão de procurar informação centrada em ganhos em saúde, de cariz *"positivo"* (Gomes Pereira, 1995). Contudo, se aquele tipo de leitura se revelar útil, os dados necessários à sua viabilização estão assegurados pelos conteúdos clínicos do RMDE definido neste projecto. Mais uma vez se reforça o princípio de que, um mesmo RMDE viabiliza diferentes sínteses informativas, dependendo dos padrões de leitura que forem utilizados.

No que concerne às sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações e para a tradução das modificações positivas operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, as intervenções de enfermagem configuram um conceito central do padrão de leitura dos dados. Dentro deste padrão de leitura, estabelece-se uma distinção entre "resultado de enfermagem" e "resultado sensível aos cuidados de enfermagem". Um resultado sensível aos cuidados, ou à tomada de decisão de enfermagem, implica a implementação, de pelo menos, uma das intervenções consensualizadas como viabilizadoras daquele resultado, enquanto entidade mediadora entre o diagnóstico inicial de enfermagem e a modificação no seu estado (Maas, Johnson & Moorhead, 1996).

Mesmo reconhecendo as limitações que decorrem do processo utilizado pelo grupo de discussão na definição das intervenções de enfermagem associadas aos resultados, em cada um dos diagnósticos, julgamos que este princípio de associação entre as entidades: diagnóstico / intervenções / resultados de enfermagem (Figura 3), permite-nos, com maior propriedade, falar em resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem. Por outro lado, podemos assim evoluir na construção de um discurso mais adequado relativamente ao problema de atribuição dos resultados em saúde, para o qual Donabedian (op. cit.) nos alertava.

Figura 3 – Relações entre as entidades – *Diagnóstico / Intervenções e Resultados* – na formulação de resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem

Desta forma, reconhecemos a possibilidade de ocorrência de modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, sem a implementação de intervenções, por parte dos enfermeiros.

> *X – As intervenções de enfermagem são muito importantes... já todos reconhecemos isso e por isso é que estamos com este trabalho todo de definir para os focos e respectivos diagnósticos… e quais são as intervenções que produzem os resultados. Agora, também já discutimos aqui que há doentes que melhoram o seu estado sem nenhuma daquelas intervenções. Reparem, como já disse, no meu serviço, que é uma medicina, entram doentes, com um AVC em evolução e que têm grandes dependências... tem parésias e têm dependência nos auto cuidados. Mas o AVC vai evoluindo, nós durante três ou quatro dias só damos banho ao doente e ele começa a recuperar a força muscular... ao fim de cinco dias faz levante e é capaz de se cuidar... já não é dependente...*
>
> *Y – Pois, mas é como dizíamos atrás, se só tivermos dado banho a esse doente, não podemos dizer que a melhoria no grau de dependência, por exemplo, na higiene, teve o nosso contributo. Não podemos falar em ganhos em saúde sensíveis às intervenções que definimos.*
>
> *Grupo de discussão, Fevereiro, 2004*

Na realidade, são múltiplos os factores envolvidos nos resultados em saúde, ainda para mais, em dimensões que se situam no âmbito da *Aprendizagem*, do *Tomar conta* e dos

processos adaptativos dos clientes. É todo um campo de pesquisa que se abre e que urge considerar, no sentido de uma enfermagem centrada no desenvolvimento de respostas humanas adaptativas às transições.

Para Meleis e seus colaboradores. (2000), as métricas a utilizar na monitorização dos padrões de resposta às transições devem dirigir-se ao nível de *"... capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos"* (p. 26). Se nos detivermos sobre o grosso das sínteses informativas que derivam deste trajecto de investigação (Anexo 5), constatamos que uma parte significativa se orienta para a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) para lidar com as actividades diárias, bem como para o desempenho cabal da *Parentalidade* e do *Papel de prestador de cuidados*.

4.2.1 Frequências dos diagnósticos de enfermagem

As sínteses informativas centradas nas modificações positivas que se verificam no estado de saúde dos clientes – *resultados* – (Donabedian, 2003, p. 46), assumem particular importância no âmbito deste projecto, por força da natureza dos propósitos consensualizados para o RMDE. Contudo, os mesmos propósitos também visam *"traduzir as principais necessidades em cuidados de enfermagem da população".* Desta forma, vemo-nos confrontados com a necessidade de produzir sínteses informativas capazes de descrever a distribuição dos principais aspectos de saúde sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, nos diferentes grupos de clientes e contextos.

Uma das grandes vantagens que decorre do desenvolvimento e implementação de RMDE é o conhecimento da distribuição dos principais diagnósticos de enfermagem na população, o que sob o ponto de vista de definição estratégica em saúde se pode revelar extremamente importante (Werley et al., 1991; Marin et al., 2001).

> Durante o almoço com uma colega de um centro de saúde, depois de uma reunião com outros enfermeiros, em que discutimos muito as vantagens da existência de um RMDE, por via dos resultados.
>
> *X –. Mas, volto a dizer... se este trabalho dos RMDE me der, pelo menos, com números exactos, a caracterização da população, em termos de enfermagem, isso para mim já é um sucesso. Sabes porquê? Porque essa é uma área dos cuidados de saúde primários muito importante... ter sempre a população caracterizada... caracterizada em termos dos principais problemas de enfermagem. Se eu tiver esses dados, isso é muito importante para o meu planeamento de actividades e de recursos.*
>
> *Investigador – Mas, se tivermos isso e os resultados, não é melhor?*
>
> *X – Pois... mas o que eu te quero dizer é que, só as incidências, não sei se posso dizer assim, só o número de casos, isso já é um avanço importante... muito importante.*
>
> Notas de campo, Junho de 2004

A distribuição de frequências e padrões de eventos de saúde, e a sua caracterização em termos de tempo, lugar e grupos populacionais, tem sido uma área clássica de interesse da epidemiologia (Almeida Filho & Rouquayrol, 2002). A definição e consolidação de RMDE pode ser um contributo importante para aumentar o nosso conhecimento sobre a saúde das populações. Nos seus primórdios, a epidemiologia tinha como enfoque as doenças infecciosas, o que actualmente já não é verdade. A epidemiologia, tal como hoje é praticada, aplica-se a um amplo espectro de eventos relacionados com a saúde, que vão desde as doenças crónicas, aos problemas ambientais e aspectos comportamentais, com influência sobre a forma como as pessoas vivem e se desenvolvem (Rothman & Greenland, 1998).

A descrição das principais necessidades em cuidados de enfermagem da população é tida por Meleis (2005, p. 95 – 96) como uma dimensão crucial do conhecimento da disciplina, fundamentalmente naquilo que reporta ao seu carácter prático de ciência de base.

As sínteses informativas capazes de descrever as *"frequências"* dos diagnósticos de enfermagem, com maior sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros, afiguram-se como instrumentos importantes para a caracterização dos perfis de necessidades em saúde da população. O interesse neste tipo de indicadores ainda é mais premente no contexto actual, uma vez que, por exemplo, a prioridade assumida em Portugal para o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados, põe em relevo os cuidados de enfermagem. Com efeito, a filosofia subjacente a esta reforma na saúde não está centrada na problemática do diagnóstico e tratamento médico, mas nos processos tendentes a assegurar cuidados básicos de saúde (Silva, 2003; Campos & Ramos, 2005) ou *"cuidados de manutenção da vida"* (Colliére, 1989, p. 235 – 242).

A forma mais simples de expressar o valor de um indicador em saúde é através de frequências. Este tipo de indicadores procede da contagem dos casos relativos a um determinado evento de saúde, podendo ser apresentados sob a forma de valores absolutos ou relativos. Para facilitar as comparações e a compreensão do significado de determinado valor, normalmente recorre-se a frequências relativas. No contexto do padrão de leitura dos dados que apresentamos, a *"frequência relativa de casos de dependência no Auto cuidado: higiene"*, no serviço de Medicina Homens do Hospital Padre Américo, num determinado período, resulta da razão entre todos os episódios de internamento em que, no período em análise, foi documentado algum grau de dependência naquele auto cuidado, e todos os episódios de internamento ocorridos no serviço, no mesmo espaço temporal.

Como teremos oportunidade de discutir no quarto ponto deste capítulo, o padrão de leitura dos dados que foi definido, pressupõem que cada caso (episódio de internamento hospitalar ou utente do centro de saúde) só seja contabilizado uma vez, na medida em que nos interessam dados por episódio de internamento – no hospital - ou utente, no caso dos centros de saúde. Esta lógica de organização da informação incorpora os princípios definidos e em uso na RIS nacional. Ainda no âmbito do padrão de leitura de dados utilizado, não fazemos a distinção entre "novos casos" e "casos já existentes", razão pela qual não falamos em incidência dos diagnósticos de enfermagem.

Quadro XX – Fórmula de cálculo da "Frequência relativa" de casos de dependência no Auto cuidado: higiene, num serviço de Medicina de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005

$$\frac{\text{N.º de casos de internamento com Dependência no Auto cuidado: higiene documentados, no período (490)}}{\text{N.º de casos de internamento existentes, no período (628)}} \times 100\ (C) = 78{,}03\%$$

> *X – Se nós tivermos, por exemplo, ao longo de um ou dois anos valores de casos de úlceras de pressão que vão diminuindo, ao longo dos meses, isso até acaba por traduzir um resultado... dá-nos uma ideia de como é que os casos de úlcera vão estando no serviço.*
>
> *Y – Não é só isso, repara que se eu, nos nossos centros de saúde, tiver um RMDE implementado há já muito tempo... estou a pensar em anos, vamos vendo como é que as coisas vão evoluindo, como vão sendo modificadas. O resumo mínimo usa a CIPE®, e a CIPE® permite projectar tendências... é informação útil para o nosso planeamento.*
>
> Grupo de discussão, Julho de 2004

Apesar deste tipo de frequências não revelarem, em si mesmo, modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com aquilo que emergiu do grupo de discussão, esta informação pode ser bastante útil na projecção de tendências de enfermagem, ao longo do tempo, o que está de acordo com as vantagens que decorrem da utilização de RMDE e de vocabulários de enfermagem controlados (ICN, 2002; 2005).

4.2.2 Sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações

Para além das *"frequências dos diagnósticos de enfermagem"*, tendo em consideração o

número total de casos verificados num serviço, ensaiamos mais duas formas de ler os dados, tendo por objectivo viabilizar sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações.

A *"prevenção de complicações"* inscreve-se numa dimensão importante do exercício profissional dos enfermeiros, consagrada nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001). Dentro deste tipo de sínteses informativas, procuramos informação sobre a frequência do diagnóstico do risco de (…), em relação ao número total de casos que acabaram por desenvolver, realmente, a complicação, e ainda; informação capaz de revelar, em que medida, estamos a ser efectivos na prevenção de fenómenos tidos como indesejáveis, em relação ao número total de casos documentados como em risco. Estas duas lógicas de leitura dos dados, relativas aos fenómenos considerados como *"complicações"*, devem ser entendidas como complementares, entre si. Apesar de distintas, estas duas formas de ler os dados assentam nas relações estabelecidas entre as entidades -*"diagnóstico de enfermagem potencial"* e *"diagnóstico de enfermagem real"* - associadas a um determinado foco de atenção da prática.

> *X – Os riscos são muito importantes. Nós temos aí alguns focos* (refere-se à Aspiração, Obstipação, Maceração, Úlcera de pressão...), *das funções, que estão aqui por causa dos riscos (…). Temos informação que nos diz se estamos a ser capazes de evitar esses fenómenos... mas também precisamos de ter informação para dizer se estamos a ser capazes de detectar esses riscos, antes que aconteçam os problemas. Por exemplo: no, meu hospital, temos o chamado projecto de prevenção das úlceras de pressão e, por isso, temos que utilizar escalas para monitorizar o risco de úlcera de pressão... acho que isso concorre para a qualidade (…). Acho que para estes focos dos riscos, isto era importante... temos que saber como estamos a prevenir e, acho que reconhecemos todos, é mais fácil prevenir, naqueles casos que percebemos que há risco.*
>
> *Y – Pois, mas como já vimos em encontros anteriores, é difícil fazer indicadores para isso.*
>
> Grupo de discussão, Fevereiro de 2004

De facto, a prevenção de complicações e a qualidade do diagnóstico clínico do risco são aspectos muito importantes para os resultados em saúde. Contudo, Donabedian (2003, p. 110 – 111) alerta-nos para as dificuldades em construir métricas capazes de traduzir aquela qualidade.

Tomando como exemplo o fenómeno da *Aspiração*, quando procuramos ter informação sobre a *"frequência do diagnóstico do risco, nos casos com a complicação"*, estamos a tentar responder à questão: *"Do total de casos que desenvolveram o problema real de Aspiração, quantos foram aqueles que tiveram, documentado previamente, o diagnóstico de Risco de Aspiração?".* O mesmo é dizer: em quantos dos casos que tiveram o

fenómeno indesejado, fomos nós capazes de detectar esse risco? Em termos de qualidade, este tipo de questões é tido como desafiador, na medida em que o que se pretende é, progressivamente, ir melhorando os níveis de desempenho na detecção atempada de potenciais complicações, bem como na sua prevenção.

Neste momento importa fazer a distinção entre este tipo de leitura dos dados e aquilo que é a frequência relativa do diagnóstico de enfermagem de *Risco de Aspiração*. Enquanto que a *"frequência relativa"* do diagnóstico de enfermagem – *Risco de Aspiração* – tem em consideração todos os casos em que o problema potencial foi documentado, relativamente ao número total de episódios de internamento verificados no período (431 / 1673 casos, na tabela 11); a *"frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com complicação"* contabiliza, do número total de casos que desenvolveram *Aspiração*, aqueles que, anteriormente, tiveram documentado o diagnóstico potencial (14 / 35 casos, na tabela 11).

Com base nos dados disponíveis relativamente a um serviço de Cirurgia, na tabela seguinte, ilustramos a forma de cálculo da *"frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Aspiração"*, no período compreendido entre 1 de Março e 31 de Outubro de 2005.

Tabela 11 – Dados de base para o cálculo da "Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com a complicação" Aspiração, num serviço de Cirurgia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005

Foco - Aspiração	C/ Risco de Aspiração documentado (anterior)	S/ Risco de Aspiração documentado (anterior)	**Total**
C/ Problema real de Aspiração	**14 (a)**	21 (b)	**35 (a+b)**
S/ Problema real de Aspiração	417 (c)	1221 (d)	1638 (c+d)
Total	431 (a+c)	1242 (b+d)	1673

Os dados disponíveis mostram-nos que 35 doentes desenvolveram o problema real de *Aspiração* no serviço, durante o período em análise. Destes, 14 tinham documentado previamente o *Risco de Aspiração*, enquanto que em 21 dos casos não foi detectado anteriormente o risco de ocorrência daquela complicação. A frequência do *"diagnóstico do Risco, nos casos com..." Aspiração* relaciona os 14 casos em que, previamente, foi documentado o risco, com o universo de casos que desenvolveram realmente *Aspiração* (35).

Conforme se depreende da leitura dos dados apresentados na tabela 11, a *"frequência do diagnóstico do risco, nos casos com..." Aspiração* foi 40%. Por outro lado, naquele

serviço, a *"frequência relativa"* do diagnóstico de enfermagem – *Risco de Aspiração* – indica-nos que, dos 1673 episódios de internamento, 25,76% (431 / 1673 casos) apresentaram aquele diagnóstico de enfermagem potencial.

As possibilidades de leitura dos dados não se esgotam aqui. Na realidade, poderíamos determinar a proporção de casos que desenvolveram o problema – *Aspiração* – no universo daqueles documentados como em risco (14 / 431 casos); bem como a proporção de casos que desenvolveram realmente *Aspiração*, no âmbito daqueles que não foram categorizados como estando em risco de desenvolver a complicação (21 / 1242 casos). Por outro lado, a informação complementar (21 / 35 casos) da *"frequência do diagnóstico do risco, nos casos com a complicação"*, indica-nos que 60% dos casos que desenvolveram *Aspiração* não foram anteriormente detectados, como estando em risco. Toda esta informação, assegurada pelo RMDE definido, poderá constituir um recurso extremamente valioso para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, naquilo que se reporta à *"prevenção de complicações"* (OE, 2003)

No cálculo da *"frequência do diagnóstico do risco, nos casos com complicação"*, não envolvemos a documentação de intervenções de enfermagem. Isto não quer dizer que o estabelecimento do risco de complicações não exija actividades e comportamentos dos enfermeiros, para a formulação do diagnóstico potencial. O que queremos com isto significar é a diferença que existe entre as intervenções de enfermagem – *"acções realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado..."* (ICN, 2002, p. XIX) – e as actividades de diagnóstico. As actividades de diagnóstico representam todos os comportamentos de recolha de dados e as actividades mentais dos enfermeiros, conducentes à formulação de um diagnóstico de enfermagem (Carnevali & Thomas, 1993; Ford & Walsh, 1995), pelo que o precedem.

A actual estrutura dos SIE tipo II em uso não contempla a documentação das relações estabelecidas entre as entidades *Dados* (matéria-prima) e *Diagnóstico de enfermagem* (Silva, 2001). No futuro, poderá ser interessante pesquisar em torno das ligações entre aquelas duas entidades, essencialmente ao desenharem-se SIE que também se constituam como sistemas de apoio à tomada de decisão clínica.

> *X – A grande maioria dos focos das funções que temos aqui são áreas como os riscos (…). São a Aspiração, a Obstipação, as Úlceras, a Maceração, o Stress do prestador de cuidados… são esses todos. E porquê? Se nós, então, diagnosticarmos cedo esses problemas vamos ser, também capazes de os prevenir melhor (…). Se tivermos este tipo de dados vamos perceber onde é que estamos pior a diagnosticar e a prevenir.*
>
> *Grupo de discussão, Fevereiro 2004*

A *"frequência do diagnóstico do risco, nos casos com complicação"* permite-nos saber,

em que medida, uma das causas para a ocorrência do problema real não foi um défice no diagnóstico das condições daquele risco. Esta informação é particularmente relevante, uma vez que, na sua esmagadora maioria, estas complicações não são fenómenos de instalação súbita.

De acordo com aquilo que resultou dos trabalhos do grupo de discussão, foram desenvolvidas sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações para os focos de atenção em que, o potencial de ocorrência desse aspecto de saúde, foi considerado um problema evitável.

Quadro XXI – Focos de atenção para os quais foram desenvolvidas sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações

Focos de atenção com Sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações	
Aspiração	*Pé equino*
Desidratação	*Anquilose*
Úlcera de pressão	*Stress do Prestador de cuidados*
Maceração	*Queda*
Obstipação	*Paternidade* (alterada)

Uma das limitações associadas ao cálculo da *"frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com complicação"*, deriva, precisamente, da efectividade na prevenção dessa mesma complicação. Se admitirmos o exemplo limite de um serviço em que foi possível "prevenir" totalmente a ocorrência do problema real, não é possível produzir aquela leitura (o denominador da "fórmula" é zero). Por outro lado, num cenário hipotético, a descrever na tabela 11, em que, para todas as situações detectadas como em risco (431 casos na célula *a+c*), foi possível prevenir a ocorrência do problema real (0 casos na célula *a*), existindo, contudo, casos reais da complicação (35 casos na célula *a+b*); o resultado obtido seria zero (0), apesar do grande número de casos documentados como em risco, o que, de alguma forma, poderia traduzir competência no diagnóstico das situações potenciais e até das intervenções implementadas. O mesmo resultado – zero (0) - seria obtido num outro cenário em que não fosse detectado nenhum caso potencial, existindo, contudo, casos que desenvolvessem o problema real.

Todavia, a questão que estas situações limite levantam é apenas uma: O que é que os resultados desta lógica de ler os dados indicam? Tal como foi desenhado, este tipo de síntese informativa apenas é capaz de nos informar acerca dos casos em que fomos capazes de perceber atempadamente a possibilidade de ocorrência de um evento indesejado ou, em alternativa, aqueles em que não tivemos essa competência, do total de casos que desenvolveram a complicação.

As questões que se levantam em torno da problemática do diagnóstico do risco de complicações, parecem ser um campo muito fértil de investigação em enfermagem, no sentido da construção e refinamento de instrumentos capazes de nos auxiliarem num processo de diagnóstico cada vez mais eficaz. Julgamos que este é um domínio de investigação da disciplina que, para efeitos da sua dimensão prática, se poderá afigurar como primordial para um exercício de excelência.

Dos consensos obtidos no grupo de discussão, em torno das sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações, percebemos o interesse em obter informação que nos indique *"… como estamos a prevenir…"* as complicações (Grupo de discussão, Fevereiro, 2004). O mesmo é dizer: *"Em que medida estamos a ser capazes de evitar que as situações categorizadas como em risco, se transformem em problemas reais?"*

Neste contexto, ensaiamos uma lógica de leitura dos dados, também centrada nas relações entre as entidades -*"diagnóstico de enfermagem potencial"* e *"diagnóstico de enfermagem real"* -, capaz de produzir sínteses informativas centradas no que designamos por *"efectividade na prevenção das complicações"*. Este é um aspecto considerado extremamente relevante para efeitos do desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem (Joint Commission, 1989; Lorraine, 1992; Rantz et al, 1999; Spilsbury & Meyer, 2001; Jensdottir et al, 2003; OE, 2003).

Aqui, as intervenções de enfermagem jogam um papel importante na definição dos resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros. A informação que se procura, visa conhecer o número de casos em que foi possível prevenir a ocorrência de uma determinada complicação, na presença de, pelo menos, uma das intervenções associadas àquele resultado, pelo grupo de discussão (cfr. Anexo 5); tendo em consideração o universo de todos os casos que foram categorizados como estando em risco.

Tabela 12 – Dados de base para o cálculo da "Efectividade na prevenção das Úlceras de pressão", num serviço de Ortopedia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005

Foco - Úlcera de pressão	C/ Intervenção	S/ Intervenção	**Total de Casos em Risco**
Desenvolveram o Problema	4	2	6
Não desenvolveram o Problema	**49**	11	60
Total	53	13	**66**

Com base nos dados disponíveis relativamente a este serviço, evoluímos na forma de

cálculo da *"efectividade na prevenção das Úlceras de pressão"*, no período compreendido entre 1 de Março e 31 de Outubro de 2005.

Os dados apresentados na tabela anterior mostram-nos que dos 66 casos diagnosticados como em *Risco de Úlcera de pressão*, apenas 53 (53 / 66 casos = 80,30%) tiveram implementada, pelo menos, uma das intervenções, definidas pelo painel de peritos do grupo de discussão, capazes de prevenir a complicação. Do conjunto de casos com intervenções implementadas, 49 acabaram por ter a evolução desejada, não desenvolvendo o problema de *Úlcera de pressão*; enquanto 4 casos, mesmo com intervenções, acabaram por sofrer a complicação.

O tipo de leitura dos dados que aqui se ensaia relaciona os 49 casos que não sofreram a complicação e tiveram intervenções implementadas, com o universo de todos os casos que tiveram documentado o *Risco de Úlcera de pressão* (66).

Da aplicação desta lógica de leitura dos dados (49 / 66 casos) resulta uma *"efectividade na prevenção das úlceras de pressão"* de 74,24%, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005. Isto não quer dizer, de forma linear, que 25,76% dos clientes com *Risco de Úlcera de pressão* acabaram por desenvolver a complicação. A leitura dos dados realizada não permite tal afirmação. O que sabemos é que, do total de casos com *Risco de Úlcera de pressão* (66), em 74,24% (49) foi possível evitar a complicação, sob a condição desses clientes terem documentada, pelo menos, uma das intervenções de enfermagem associadas ao resultado desejado. Dos 66 casos detectados como em risco, apenas 6 (9,09%) acabaram por efectivamente desenvolver a complicação; enquanto que 11 casos (16,67%), mesmo sem a implementação de nenhuma das intervenções de enfermagem definidas, acabaram por não desenvolver *Úlceras de pressão*.

Face aos resultados disponibilizados na Tabela 12, surgem várias questões. Será que existem outras intervenções de enfermagem, para além daquelas definidas pelo grupo de discussão, que são capazes de prevenir a ocorrência de úlceras de pressão? Quais são as intervenções de enfermagem que se mostram mais efectivas na prevenção das complicações, na medida em que existem casos que, mesmo com intervenções, desenvolvem o problema? Ou ainda: Que outras variáveis, para além das intervenções de enfermagem, estão envolvidas no facto dos clientes desenvolverem úlceras de pressão?

Também aqui são múltiplas as interrogações e as possibilidades de ler os dados, facto que se pode revelar um pretexto muito interessante para a exploração das potencialidades que derivam do RMDE definido.

A título exemplificativo, a proporção de casos que, tendo documentado o risco, não

desenvolveram *Úlceras de pressão*, na presença de intervenções, é de 92,45 % (49 / 53 casos); enquanto que a proporção daqueles que, sem intervenção, também não vieram a apresentar a complicação é de 84,61 % (11 / 13 casos). Ainda, com base nos mesmos dados disponíveis na tabela 12, quando estimamos a razão entre, a probabilidade de um cliente em risco acabar por desenvolver *Úlceras de pressão*, sob a condição de terem sido implementadas intervenções (4 / 53 casos), e a probabilidade de ocorrer a mesma complicação, mas sem a realização de intervenções (2 / 13 casos), podemos afirmar que, a probabilidade de um cliente desenvolver o problema real – *Úlcera de pressão* –, sem intervenções, é cerca de 2 vezes superior ao daquele a quem foi realizada, pelo menos, uma das intervenções de enfermagem. Daqui poderemos evoluir para análises que permitam avaliar o significado do papel das intervenções na produção de resultados. Contudo, não nos devemos de esquecer de controlar na análise os múltiplos factores que poderão, de alguma forma, influenciar estas associações, o que nos obrigará ao recurso a análises multifactoriais.

Na realidade, este tipo de questões e múltiplas leituras dos dados, também relevam para efeitos da discussão do material associado às sínteses informativas orientadas para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, incluídos na estrutura substantiva do RMDE.

4.2.3 Sínteses informativas orientadas para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem

O terceiro grande tipo de sínteses informativas desenvolvido pelo grupo de discussão está orientado para a tradução de *"ganhos em conhecimento e aprendizagem de capacidades"* e para a *"resolução dos problemas (reais)"* experimentados pelos clientes. Este tipo de sínteses informativas representa a grande maioria dos indicadores de resultado de enfermagem desenhados, e surge associado a todos os focos de atenção incluídos na estrutura substantiva do RMDE. Esta realidade deriva do significado que a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) assume, no quadro do modelo de agregação de dados definido.

Naquilo que se refere ao particular dos *"ganhos em (...)"* e de acordo com os princípios de parametrização e documentação em uso nos SIE do tipo II (Silva, 2001), as sínteses informativas orientadas para a tradução das modificações positivas operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem poderão ser calculadas a partir das razões que se estabelecem entre os casos que, por exemplo, passaram a *"demonstrar conhecimento sobre...",* depois de implementadas intervenções de enfermagem, em relação ao universo total de casos que, inicialmente, não demonstravam a posse daquele conteúdo cognitivo.

Um dos exemplos deste tipo de sínteses informativas diz respeito aos *"ganhos em conhecimento sobre auto vigilância"*. O material relativo a um serviço de Cardiologia de um Hospital envolvido nesta fase do estudo serve-nos para ilustrar a forma de obtenção daquela informação. O diagnóstico de enfermagem que está na base desta síntese é o *"Conhecimento sobre auto vigilância não demonstrado".*

Tabela 13 – Dados de base para o cálculo dos "Ganhos em conhecimento sobre Auto vigilância", num serviço de Cardiologia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005

Problema	C/ Intervenção	S/ Intervenção	**Total de Casos com o Problema**
Sem evolução (positiva)	195	83	278
Resolvido	**31**	5	36
Total	226	88	**314**

Como se constata da leitura da tabela anterior, neste serviço foram diagnosticados e documentados 314 casos de *"Conhecimento sobre Auto vigilância não demonstrado".* Deste universo, apenas 36 resolveram o problema. Contudo, os dados disponíveis mostram-nos que só 31 dos clientes ultrapassaram aquele défice de conhecimento e tiveram, simultaneamente, implementada uma das intervenções de enfermagem associadas ao resultado esperado. Na posse destes elementos, podemos evoluir no cálculo dos "*Ganhos em conhecimento sobre Auto vigilância"*, no referido serviço de Cardiologia, tendo por referência o período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005.

Da aplicação desta lógica de leitura dos dados (31 / 314 casos) resulta um valor *"Ganhos em conhecimento sobre Auto vigilância"* de 9,87%, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005. Com base nos mesmos dados disponíveis na tabela 13, podemos estimar a razão entre, a probabilidade de um cliente resolver o défice de *"conhecimento sobre Auto vigilância"*, sob a condição de terem sido implementadas intervenções (31 / 226 casos), e a probabilidade de resolução do mesmo problema, mas sem a realização de intervenções (5 / 88 casos). Assim, podemos afirmar que, a probabilidade de um cliente resolver aquele défice de conhecimento, com intervenções, é cerca de 2,4 vezes superior ao daquele a quem não foi realizada, pelo menos, uma das intervenções do RMDE.

Sabendo que o número total de episódios de internamento no serviço de Cardiologia, durante o período, foi de 558 casos, podemos afirmar que a *"frequência relativa"* do diagnóstico de enfermagem – *Conhecimento sobre auto vigilância não demonstrado* – é de 56,27% (314 / 558 casos). Tendo em consideração o valor da frequência relativa do problema no serviço e o resultado obtido em relação aos *"ganhos em conhecimento*

sobre Auto vigilância", emerge a necessidade de compreensão do fenómeno e, eventualmente, redefinição de aspectos da estrutura e processos de cuidados, tendo em vista a melhoria progressiva dos resultados de enfermagem, neste domínio das práticas. É este o sentido da produção de padrões de leitura dos dados, capazes de traduzir os ganhos em saúde sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros.

> No final de uma reunião num dos serviços hospitalares envolvidos no projecto, converso com a colega responsável do serviço.
>
> *X – Sinceramente, os resultados dos ensinos não vão ser muito bons. Sabes porquê? Nós temos falado muito disso, aqui no serviço. As pessoas até levantam os fenómenos, só que depois os ensinos não são muito bem definidos. Precisamos de ter isto melhor, principalmente os cuidadores... famílias; tem que ser de uma forma mais sistematizada.... Podíamos ter folhetos e ensinos organizados...mas ainda não temos, reconheço... mas a culpa é muito nossa. Vamos começar a trabalhar nisto e depois vemos os resultados... vemos se surtiu efeito.*
>
> *Y – Claro, o caminho só pode ser esse. O resumo mínimo, a mim, interessa-me para isso.*
>
> Notas de Campo, Junho de 2004

Acreditamos que a "culpa" é de todos nós, da nossa história e das nossas circunstâncias. A sistematização e profissionalização dos processos de diagnóstico e intervenção dirigidos aos focos de atenção que se inscrevem nos domínios da enfermagem (Yam, 2004; Meleis, 2005), serão um contributo nuclear para o desenvolvimento da profissão (Locsin, 2002), baseado na aplicação do conhecimento gerado e representado pela disciplina. Neste sentido, urge aprofundar as competências para a acção, no âmbito dos aspectos de saúde tidos como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, como é o caso da aprendizagem dos clientes.

No terceiro capítulo, vimos que as opiniões clínicas relativas a vários aspectos de saúde podem estar organizadas em torno de escalas com vários graus de manifestação ou intensidade do fenómeno. Naquilo que se refere a este particular, foram desenvolvidas sínteses informativas que tentam traduzir a *"resolução"* destes diagnósticos e/ou a *"... melhoria do seu estado".*

A *Dor* é um exemplo de um aspecto de saúde incluído no RMDE que pode assumir vários graus de manifestação, em função daquilo que resulta da utilização de diferentes escalas de monitorização da sua intensidade (Quadro XXII).

Quadro XXII – Graus de intensidade da Dor e respectivos *scores*, no âmbito do RMDE

Opiniões clínicas incluídas no RMDE relativas à intensidade da Dor[13]
Dor em grau reduzido (score 1)
Dor em grau moderado (score 2)
Dor em grau elevado (score 3)
Dor em grau muito elevado (score 4)

Tomando por exemplo um serviço de Cirurgia de um dos Hospitais envolvidos no estudo, no qual existem 697 episódios de internamento, partimos para a ilustração do cálculo dos *"ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor"* e da sua *"... resolução".* Enquanto que a última traduz a percentagem de casos que deixaram de experimentar *Dor*; os *"ganhos expressos na intensidade da percepção da dor"* inclui todos os casos em que, na comparação da primeira com a última opinião clínica documentada, existe uma melhoria no grau de manifestação do fenómeno, na presença de uma das intervenções do RMDE.

Também aqui, a relação entre os resultados verificados e a implementação de intervenções de enfermagem assume particular relevo.

Tabela 14 – Dados de base para o cálculo dos "Ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor" e da "Resolução da Dor", num serviço de Cirurgia de um Hospital participante no projecto, no período de 1 de Março a 31 de Outubro de 2005

Problema	C/ Intervenção	S/ Intervenção	**Total de Casos com Dor**
Sem evolução (positiva)	24	24	48
Melhorado	**25**	18	43
Resolvido	**181**	236	417
Total	230	278	**508**

Durante o período em análise, foram documentados 508 casos de doentes com *Dor*, o que quer dizer que, naquele serviço de Cirurgia, em 72,88% dos 697 episódios de internamento se verificou o diagnóstico de enfermagem *Dor* (independentemente dos seus graus de manifestação).

Da leitura dos dados apresentados na tabela anterior, podemos dizer que 40,55% dos casos (25 + 181 / 508 casos), que apresentaram *Dor*, tiveram uma melhoria no estado do fenómeno e, simultaneamente, a implementação de, pelo menos, uma das intervenções de enfermagem que, de acordo com os consensos do grupo de discussão, concorrem

[13] Relativamente às opiniões clínicas que traduzem diferentes graus de manifestação de um determinado aspecto de saúde, optou-se pela definição de diferentes *scores*, com uma lógica de atribuição do valor mais alto à opinião clínica que traduz o pior estado para o cliente.

para aquele resultado.

No cálculo da frequência de *"Resolução da Dor",* relacionamos o número de casos em que foi dado termo ao diagnóstico de enfermagem e, em paralelo, foi implementada uma das intervenções de enfermagem do painel definido no grupo de discussão, com o número total de casos em que foi documentado o problema *Dor* (181 / 508 casos), o que corresponde a 35,60%.

As possibilidades de leitura do material apresentado na tabela 14 não se esgotam na síntese informativa ensaiada. Na realidade, poderíamos querer estimar a razão entre a probabilidade de um cliente apresentar uma melhoria na intensidade da *Dor*, sob a condição de lhe terem sido implementadas intervenções do RMDE (25 + 181 / 230 casos), e a probabilidade de ocorrer o mesmo tipo de melhoria, mas sem a realização de intervenções (18 + 236 / 278 casos). Nesta forma de ler os dados, podemos afirmar que, a probabilidade de um cliente experimentar uma melhoria na intensidade da *Dor* é praticamente igual, com ou sem intervenções do RMDE. Mais uma vez, as questões relativas aos diversos factores envolvidos na produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e centradas na efectividade das intervenções merecem relevo.

É toda uma gama de possibilidades de ler e explorar os dados, que resultam da existência de RMDE, que nos podem ajudar a conhecer com mais propriedade os fenómenos de interesse da disciplina e, por força de razão, a melhorar a qualidade da assistência.

Quando procuramos conhecer com mais profundidade os diferentes fenómenos em análise, a leitura conjunta das diferentes sínteses informativas ensaiadas revela-se particularmente útil. Assim, por exemplo, depois de conhecermos as frequências dos diagnósticos de enfermagem, em áreas tidas como complicações, devemos considerar, em que medida, fomos capazes de, em tempo útil, diagnosticar os casos em risco e, por outro lado, analisar como fomos capazes de prevenir a ocorrência daquele fenómeno indesejado.

A lógica de análise da informação que propomos fundamenta-se no facto de, por si só, cada uma das sínteses informativas não é capaz de descrever com propriedade os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, enfatiza-se a importância da articulação das várias sínteses informativas relativas a um determinado foco de atenção, tendo em vista a promoção e melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, por força da melhor descrição do contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde da população.

4.3 A utilidade das sínteses informativas ensaiadas nos diferentes contextos de assistência

Em Março de 2004, os trabalhos do grupo de discussão tinham-nos conduzido a um padrão de leitura dos dados orientado para os propósitos definidos para o RMDE e, tendo por referência, os focos de atenção consensualizados como mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros.

Numa lógica de complementaridade ao grupo de discussão, foi desenhado um segundo questionário (Anexo 2) que, para além de devolver aos respondentes os focos de atenção com consenso, na primeira ronda do estudo de Delphi, pretendia conhecer a opinião dos enfermeiros das unidades acerca da "utilidade" de cada uma das diferentes sínteses informativas desenvolvidas, tendo presentes as particularidades de cada contexto de acção. Cada uma das respostas às questões estava operacionalizada numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos, entre diferenciais semânticos *"Muita utilidade"* e *"Pouca Utilidade"*. No entanto, o respondente poderia ainda optar por considerar aquela síntese informativa, em causa, como *"Não Aplicável"* ao seu serviço. A parte final do questionário permitia a sugestão de outros focos de atenção, tidos como muito sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros, e de outra informação que se revelasse útil para o contexto de trabalho do respondente.

Da realização da segunda ronda do estudo de Delphi, obtivemos 301 questionários válidos; 66 provenientes dos centros de saúde e 235 dos serviços hospitalares. Dada a natureza das abordagens tipo Delphi, tal como discutido no enquadramento metodológico, as características dos respondentes ao segundo questionário são muito semelhantes àquelas que resultaram da primeira ronda.

Assim, metade dos respondentes tem até 32 anos de idade e a sua média de idades é de 34,25 anos, com um desvio padrão de 8,63 anos. Os respondentes do centro de saúde são, em média, mais velhos que os dos hospitais, tal como acontecia no primeiro questionário.

Tabela 15 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por Tipo de Unidade e Idade (em anos)

Tipo Unidade	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
CS	*66*	*36,21 (10,43)*	*23 - 66*
Hospital	*235*	*33,69 (7,99)*	*22 - 63*
Total	**301**	**34,25 (8,63)**	**22 - 66**

A grande maioria dos respondentes é proveniente das Sub Regiões de Saúde de Braga e do Porto, representando quase 74% da amostra. Em linha com aquilo que aconteceu na

primeira ronda, a Sub Região de Bragança foi aquela que teve um menor número de enfermeiros envolvidos na resposta ao segundo questionário (Tabela 16), talvez devido ao facto de, naquela Sub Região, os trabalhos de reformulação dos SIE ainda se encontrarem numa etapa inicial.

A tabela seguinte sintetiza a distribuição da idade dos participantes na segunda ronda do estudo de Delphi, em função da Sub Região de Saúde onde exercem funções.

Tabela 16 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por SRS e Idade (em anos)

Sub Região	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Braga	*127*	*34,40 (8,64)*	*22 - 63*
Bragança	*12*	*45,08 (12,19)*	*27 - 66*
Porto	*95*	*32,13 (7,16)*	*23 - 55*
Viana do Castelo	*39*	*31,97 (6,35)*	*23 - 44*
Vila Real	*28*	*39,25 (8,99)*	*24 - 57*
Total	**301**	**34,25 (8,63)**	**22 - 66**

No que se refere ao tempo de serviço (Tabela 17), também aqui a caracterização dos respondentes é semelhante àquilo que resultou da primeira ronda do estudo de Delphi. Contudo, a diferença do número médio de anos de serviço esbate-se, apesar dos enfermeiros dos centros de saúde, em média, trabalharem há mais tempo que os colegas dos hospitais.

Tabela 17 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por Tipo de Unidade e Tempo de serviço (em anos)

Tipo Unidade	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
CS	*66*	*12,29 (9,61)*	*2 - 35*
Hospital	*235*	*11,11 (7,95)*	*1 - 40*
Total	**301**	**11,37 (8,34)**	**1 - 40**

Quando consideramos o tempo de serviço (Tabela 18), no âmbito de cada uma das Sub Regiões de Saúde, constatamos a manutenção do alinhamento dos resultados com os verificados na primeira ronda.

Tabela 18 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por SRS e Tempo de serviço (em anos)

Sub Região	N	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Braga	*127*	*11,67 (8,76)*	*1 - 40*
Bragança	*12*	*18,17 (8,89)*	*4 - 31*
Porto	*95*	*9,45 (6,98)*	*2 - 32*
Viana do Castelo	*39*	*9,44 (6,24)*	*2 - 21*
Vila Real	*28*	*16,25 (9,69)*	*5 - 35*
Total	**301**	**11,37 (8,34)**	**1 - 40**

A distribuição dos respondentes por categoria profissional é retractada na tabela 19. Como é natural, a grande maioria dos questionários válidos é proveniente de enfermeiros generalistas e graduados.

Tabela 19 – Distribuição dos respondentes ao Q2, por categoria profissional

Categoria profissional	N	%
Enfermeiro	*250*	*83,06*
Enfermeiro Especialista	*43*	*14,29*
Enfermeiro Chefe e outros	*8*	*2,65*
Total	**301**	**100,00**

Conforme se pode constatar na tabela 20, cerca de dois terços dos participantes provenientes dos hospitais são dos Domínios da Medicina e Especialidades Médicas e dos serviços de assistência Materno – Infantil (Mulher e Criança). Os serviços cirúrgicos (Cirurgia, Bloco Operatório...) concorrem com aproximadamente 16% dos respondentes. Domínios que na primeira ronda já apresentavam números residuais de participantes (Ortopedia, Psiquiatria...), como é natural, neste segundo questionário ficaram de fora da nossa amostra. Este facto implicou que, nesta fase do projecto e ao contrário do nosso desejo, não tivéssemos para análise e discussão, as opiniões dos enfermeiros daqueles contextos, o que acabou por enfraquecer a abordagem realizada. Contudo, como veremos no capítulo seguinte, tivemos oportunidade de incluir serviços de Ortopedia na segunda fase do estudo, ao contrário do que aconteceu com os serviços de Psiquiatria.

Tabela 20 – Distribuição dos respondentes oriundos dos Hospitais ao Q2, por domínio

Domínios Hospitalares	N	%
Bloco Operatório	*11*	*4,68*
Cirurgia	*14*	*5,96*
Consulta Externa	*1*	*0,43*
Criança	*57*	*24,26*
Especialidades Cirúrgicas	*13*	*5,53*
Especialidades Médicas	*11*	*4,68*
Medicina	*60*	*25,53*
Mulher	*21*	*8,94*
UCI Adultos	*17*	*7,23*
Urgência de Adultos	*30*	*12,77*
Total	**235**	**100,00**

O material que resultou do segundo questionário foi sujeito a análise, tal como está descrito no segundo capítulo desta dissertação, tendo presentes os critérios de consenso previamente definidos. Após, os resultados foram apresentados ao grupo, de forma a incrementar as discussões geradas acerca da utilidade das diferentes sínteses informativas, a produzir a partir do RMDE.

Na última parte do segundo questionário, os respondentes podiam sugerir focos de atenção que, na sua opinião, apesar de não estarem incluídos no conjunto apresentado, tinham grande sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem e, como tal, exigiam o desenvolvimento de sínteses informativas. Com efeito, foram sugeridos oito "novos" focos de atenção para a estrutura substantiva do RMDE: *Desidratação*; *Limpeza das vias aéreas*; *Hipertensão*; *Febre*; *Úlcera venosa*; *Vómito*; *Obesidade*; e *Sono*.

A *Desidratação* representa o aspecto de saúde que com maior frequência foi incluído nas sugestões de "novos" focos de atenção a acrescentar no RMDE. Verificamos que a referência a este aspecto de saúde foi, maioritariamente, proveniente dos serviços de Medicina e de assistência à Criança.

> *X – Acho que isso está bem. Reparem que eu trabalho numa Medicina, muitos dos nossos doentes são muito dependentes, não são capazes de beber sozinhos... mesmo que tenham a água na mesinha de cabeceira. Eu acho que um número alto de doentes desenvolvem ou estão em risco de desenvolver desidratação nos serviços... isso depende muito dos nossos cuidados.*
>
> *Y – Claro. Muitos doentes ficam desidratados e depois têm que estar com*

> *fluidoterapia, durante vários dias. Nós temos que hidratar estes doentes. Concordo completamente. É uma área importante para os cuidados... para o RMDE. É uma complicação... mais uma daquelas que nós temos toda a autonomia para prevenir. Acho muito bem.*
>
> *Z – Vocês estão a ver isso muito com os olhos dos velhinhos dependentes... o que está bem. Eu concordo com tudo isso. Mas, muitas crianças também são dependentes... ou têm diarreias e não têm a sensibilidade para aumentar a ingestão de líquidos, nem elas e, muitas vezes, nem os pais. Nós temos que hidratar e / ou ensinar os pais, para que sejam verdadeiros parceiros nos cuidados... isto... estas pequenas coisas é que constroem as parcerias nos cuidados.*
>
> Grupo de discussão, Maio de 2004

O excerto da discussão que se reproduz coloca em relevo o trabalho empreendido pelo grupo, a partir do material que emergiu do segundo questionário. A respeito do foco de atenção *Desidratação*, considerado como uma das complicações de saúde dos clientes, que se inscreve no mandato social da profissão, o grupo sugeriu o desenvolvimento de sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações, e para a aquisição de competências, por parte dos pais e prestadores de cuidados, para o desempenho cabal do *Tomar conta*.

Os restantes sete focos de atenção da prática acabaram por não incorporar o conjunto representado no RMDE, por força de argumentos que já tivemos oportunidade de discutir no terceiro capítulo desta dissertação.

Os participantes na segunda ronda do estudo de Delphi foram convidados a sugerir novas sínteses informativas, que considerassem úteis para os seus serviços, relativamente a cada um dos focos de atenção incluídos no questionário. No quadro seguinte descrevemos aquilo que resultou das sugestões apresentadas pelos respondentes.

Quadro XXIII – Sínteses informativas sugeridas pelos respondentes ao Q2

Sínteses informativas sugeridas no Q2	
Designação	**Foco**
Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção da aspiração	Aspiração
Ganhos em conhecimento dos pais sobre inaloterapia	Expectorar
Ganhos em aprendizagem de capacidades dos pais para executar inaloterapia	Expectorar
Ganhos em conhecimento dos pais sobre aspiração de secreções	Expectorar
Ganhos em conhecimento sobre prevenção da desidratação	Desidratação
Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção da maceração na criança	Maceração
Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção da obstipação na criança	Obstipação
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação	Obstipação
Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção do pé equino na criança	Pé equino
Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção da anquilose na criança	Anquilose
Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção das úlceras de pressão	Úlcera de pressão
Ganhos em conhecimento sobre hábitos de saúde durante a gravidez	Comportamento de Adesão

Como se depreende da análise do quadro anterior, o conjunto de sínteses informativas apresentado foi sugerido, quase que exclusivamente, pelos serviços hospitalares de assistência à Criança, tendo, um ou outro, merecido nota por parte de alguns enfermeiros dos centros de saúde. Tratam-se de métricas particularmente orientadas para a aquisição de recursos cognitivos, por parte dos pais, para a prevenção de complicações ou problemas potenciais. Em paralelo, o grupo de discussão entendeu oportuno construir métricas semelhantes, mas dirigidas à *aprendizagem de capacidades* dos pais. Assim, com base no material do segundo questionário, foram consensualizados, no grupo de discussão, cerca de 27 novas sínteses informativas e incluída a *Desidratação* no conjunto de focos a representar no RMDE.

A tabela seguinte apresenta, pela sequência de ordenação no questionário, as sínteses informativas que obtiveram consenso global, tendo em consideração as respostas dos 301 participantes.

Tabela 21 – Sínteses informativas com consenso global (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário)

Designação	Concordância (%)	Mediana	Moda
Efectividade na prevenção das Úlcera de pressão	*75,29*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre higiene da criança	*75,57*	*7*	*7*
Frequência de casos de mães que Amamentam	*76,07*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre a amamentação	*79,27*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre técnica de amamentação	*79,14*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre hábitos de saúde durante a lactação	*78,40*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre hábitos alimentares durante a lactação	*77,78*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades das mães para a amamentação	*79,50*	*7*	*7*

O consenso global gerado em torno de sínteses informativas dirigidas ao foco de atenção *Amamentação*, pode ser explicado pela concordância que este foco obteve no primeiro questionário e pelo facto de ser uma área de convergência entre os serviços hospitalares de assistência Materno – Infantil e os centros de saúde. Por outro lado, o conceito de concordância que utilizamos na leitura do material, apenas considera o universo em que o item em análise se aplica; razão pela qual as respostas dos serviços de adultos não foram tidas em consideração.

Quando ensaiámos um afrouxamento dos critérios de consenso (i. e.: Mediana e Moda superior a 4 e concordância maior ou igual a 65 %), tal como havia sucedido para o primeiro questionário, o número de sínteses informativas com consenso aumentou substancialmente, como era expectável. Todavia, este exercício revelou-se particularmente útil para aumentar as reflexões realizadas no grupo de discussão.

À semelhança do que se verificou na primeira ronda do estudo de Delphi, também aqui verificamos a existência de sínteses informativas mais características do contexto hospitalar e outras mais adstritas à realidade dos centros de saúde, o que nos permitiu consolidar a noção da necessidade de falarmos em Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem (sublinhe-se o plural).

4.3.1 No Hospital

Quando consideramos o contexto do hospital como um todo, constatamos que os

consensos gerados à volta das diferentes sínteses informativas são limitados, o que deriva das particularidades de cada serviço em concreto.

A tabela 22 inclui os três aspectos que obtiveram consenso nas respostas dos 235 questionários provenientes dos serviços hospitalares.

Tabela 22 – Sínteses informativas com consenso no Hospital (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário)

Designação	Concordância (%)	Mediana	Moda
Frequência de casos de Dor	*78,17*	*7*	*7*
Ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor	*74,22*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre higiene da criança	*75,00*	*7*	*7*

Aqui, destacam-se os aspectos relativos à *Dor*, foco de atenção que obteve consenso no primeiro questionário; dimensão da saúde que atravessa praticamente todos os serviços de internamento hospitalar, sendo actualmente entendido como o 5º sinal vital. O facto de apenas três sínteses informativas terem obtido consenso deve-se, naturalmente, aos critérios por nós assumidos, mas, fundamentalmente, ao facto da realidade hospitalar encerrar, em si mesma, domínios particulares, com grandes especificidades.

Ao alargarmos os critérios de consenso definidos, o número de sínteses informativas com acordo aumenta para cerca de 100. Este grupo é constituído por aspectos dirigidos à grande maioria dos focos de atenção que, no hospital, obtiveram consenso no primeiro questionário.

Tal como fizemos relativamente ao material que resultou do primeiro questionário, também aqui discutimos as particularidades de cada um dos principais domínios de assistência hospitalar.

4.3.1.1 Assistência ao Adulto

A primeira ronda do estudo de Delphi desvelou um grupo de aspectos de saúde característicos dos serviços hospitalares de assistência aos Adultos (Medicinas, Especialidades Médicas, Cirurgia...). Deste grupo de focos de atenção, percebíamos o interesse em áreas como a *Aspiração*, o *Expectorar*, as *Úlceras de pressão*, os *Auto cuidados* ou o *Papel de prestador de cuidados.*

Com os critérios de consenso previamente definidos, no segundo questionário, apenas merecem acordo as sínteses informativas orientadas para a prevenção das *Úlceras de pressão* (Tabela 23).

Tabela 23 – Sínteses informativas com consenso nos serviços hospitalares de assistência aos Adultos (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário)

Designação	Concordância (%)	Mediana	Moda
Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Úlcera de pressão	*78,69*	*6*	*7*
Efectividade na prevenção das Úlcera de pressão	*77,05*	*7*	*7*

Mais uma vez, consideramos a hipótese de olhar os dados com o segundo grupo de critérios de consenso. Desta forma, para além das sínteses informativas centradas nos focos de atenção que obtiveram consenso na primeira ronda de questionários, gerou-se acordo em torno de métricas orientadas para a prevenção de outras complicações como a *Obstipação*, o *Pé equino* ou as *Quedas*, bem como para aspectos de saúde como a *Dor* e o seu *Auto controlo* ou ainda, a *Gestão do Regime terapêutico*.

Assim, no contexto dos serviços hospitalares de assistência aos Adultos, podemos destacar a utilidade das sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações como a *Aspiração* ou as *Úlceras de pressão*; e daquelas que traduzem *"Ganhos em conhecimento"* e *"… Aprendizagem de capacidades"* dos prestadores de cuidados para assistirem no(s) *Auto cuidado*(s).

> *X – Assim, com estes critérios, os resultados não são tão redutores, parece-me melhor; acho que para nós é melhor ires apresentando os dois critérios.*
>
> *Y – Se calhar isso é muito apertado, como dizias há bocado. Ok... vemos de uma maneira e com a outra. Assim, é mais interessante para o nosso trabalho. Eu até penso que os resultados dos questionários dos colegas estão bastante bem... eu não fazia melhor. Não... acho que esses resultados vêm ao encontro daquilo que nós fomos discutindo aqui. Não nos podemos esquecer das discussões que já fizemos nos serviços. Isso também está aqui nos resultados.*
>
> Grupo de discussão, Maio de 2004

É um facto que as reflexões realizadas nos serviços acabaram por influenciar os resultados do segundo questionário. Todavia, a escolha a fazer estava entre um nível mínimo de interferência com os colegas dos serviços (que não postulamos) ou o desenvolvimento dos esforços tendentes à promoção do envolvimento de todos na mudança que se vislumbrava. Fomos por aqui...

4.3.1.2 Assistência à Criança e à Mulher

O contexto hospitalar de assistência à Criança e à Mulher, também designado por área Materno – Infantil, inclui serviços como a Neonatologia, a Pediatria, a Obstetrícia e a Sala de Partos. O número de itens com consenso, tendo em consideração o primeiro grupo de

critérios, é significativamente mais alargado do que no quadro do domínio de assistência aos Adultos, o que parece revelar a existência de um conjunto de aspectos comuns mais consistente entre os serviços Materno – Infantis. Todavia, a existência de vários aspectos considerados como *"Não aplicáveis"* (NA) a esta realidade, acabou por potenciar os consensos alcançados. Com efeito, tendo em consideração um nível de concordância superior a 75% e valores de Mediana e Moda de 6 ou 7, gerou-se consenso à volta de 29 sínteses informativas, ignorando todas as respostas assinaladas como *"NA".*

Tabela 24 – Sínteses informativas com consenso nos serviços hospitalares de assistência à Mulher e à Criança (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário)

Designação	Concordância (%)	Mediana	Moda
Efectividade na prevenção da Aspiração	*80,82*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	*74,65*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração	*74,65*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção da maceração	*74,51*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	*78,57*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração	*76,79*	*6,5*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos alimentares	*76,74*	*6*	*7*
Frequência de casos de Dor	*85,92*	*7*	*7*
Ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor	*77,27*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	*80,39*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	*81,43*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre alimentação da criança	*87,32*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre higiene da criança	*94,37*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre tratamentos da criança	*87,32*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes com a criança	*84,29*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre vacinação da criança	*81,43*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre gestão do regime terapêutico da criança	*84,06*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade	*84,29*	*7*	*7*

Ganhos em Aprendizagem de capacidades dos pais para alimentar a criança	*87,32*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades dos pais para realizar a higiene da criança	*88,73*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades dos pais para gerir o regime terapêutico da criança	*76,81*	*7*	*7*
Ganhos na recuperação do Envolvimento demonstrado pelos pais na interacção com a criança	*74,29*	*7*	*7*
Ganhos expressos em Suporte percepcionado pelos pais	*75,71*	*7*	*7*
Frequência de casos de mães que Amamentam	*82,43*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre da amamentação	*82,43*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre técnica de amamentação	*82,19*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre hábitos alimentares durante a lactação	*82,19*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre hábitos de saúde durante a lactação	*82,19*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades das mães para a amamentação	*83,33*	*7*	*7*

Da leitura da tabela anterior, importa destacar o consenso obtido pelos *"Ganhos em conhecimento"* e *"… aprendizagem de capacidades"* dos prestadores de cuidados, no contexto do domínio Materno - Infantil. Na realidade, o segundo questionário não contemplava sínteses informativas orientadas para o desenvolvimento dos recursos cognitivos e instrumentais dos pais, relativamente a focos de atenção como a *Aspiração* e a *Maceração*. Este facto pode ter levado os respondentes a optarem pelas designações dirigidas aos prestadores de cuidados, tendo por intenção referirem-se aos pais.

> *X – As pessoas escolheram os dos prestadores de cuidados porque, algumas, acham que os pais, na CIPE® se dizem como prestadores de cuidados. Mas também aí, no questionário, não tínhamos (…) para os pais. É natural que os colegas escolhessem estes dos prestadores de cuidados.*
>
> *Y – Claro. Temos que ver muito bem. Eu já tinha a sensação que algumas áreas da Pediatria podiam estar mais completas. Vamos ver.*
>
> Grupo de discussão, Junho de 2004

Tal como fica expresso no excerto das discussões que reproduzimos, a leitura que fazemos é corroborada pela natureza dos "novos" aspectos sugeridos pelos participantes no segundo questionário. Como vimos, a grande maioria das sugestões dirigiam-se ao desempenho do *Papel Parental* e resultavam dos comentários elaborados pelos enfermeiros dos serviços pediátricos.

Quando alargamos os critérios de consenso, verificamos a existência de cerca de 120 sínteses informativas com acordo entre os enfermeiros da área Materno – Infantil.

Contudo, aquilo que merece ressalva é o significado que assumem aquelas que estão orientadas para o desempenho adequado do *Tomar conta* e para a promoção da *Parentalidade*, em linha com os resultados do primeiro questionário.

4.3.2 No Centro de Saúde

No âmbito dos centros de saúde gerou-se consenso à volta de 37 sínteses informativas (Tabela 25). Estas, para além de estarem orientadas para os focos de atenção que obtiveram acordo na primeira ronda do estudo de Delphi, colocaram em destaque dimensões da saúde como o *Papel Parental* e os *Comportamentos de adesão durante a gravidez,* bem como um grande ênfase na *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades).

Tabela 25 – Sínteses informativas com consenso nos Centros de Saúde (organizadas pela ordem de apresentação no Questionário)

Designação	Concordância (%)	Mediana	Moda
Frequência de casos de Úlcera de pressão	*78,46*	*7*	*7*
Frequência de casos de Risco de Úlcera de pressão	*78,46*	*7*	*7*
Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Úlcera de pressão	*75,00*	*7*	*7*
Efectividade na prevenção das Úlceras de pressão	*84,62*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	*86,15*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	*84,85*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção da maceração	*83,08*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	*78,46*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração	*80,00*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre medidas de prevenção da contaminação	*74,24*	*6*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre sinais de infecção	*75,76*	*6*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos de saúde	*80,30*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene	*76,92*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene	*76,92*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	*75,00*	*6*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre uso de contraceptivos	*83,87*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades para o uso de contraceptivos	*80,65*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos de exercício	*75,38*	*6*	*7*

Ganhos em Conhecimento sobre hábitos alimentares	*78,46*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre trabalho de parto	*75,86*	*6*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre gravidez	*82,54*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos alimentares durante a gravidez	*88,71*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre hábitos de eliminação durante a gravidez	*82,54*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre uso de substâncias durante a gravidez	*85,25*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre consultas de vigilância durante a gravidez	*87,30*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento sobre vacinação durante a gravidez	*85,71*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre alimentação da criança	*76,56*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre higiene da criança	*76,56*	*6*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes com a criança	*76,56*	*6,5*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre vacinação da criança	*85,94*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento dos pais sobre gestão do regime terapêutico da criança	*76,56*	*6*	*7*
Frequência de casos de mães que Amamentam	*80,95*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre amamentação	*90,63*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre técnica de amamentação	*90,63*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre hábitos alimentares durante a lactação	*87,30*	*7*	*7*
Ganhos em Conhecimento das mães sobre hábitos de saúde durante a lactação	*88,89*	*7*	*7*
Ganhos em Aprendizagem de capacidades das mães para a amamentação	*90,48*	*7*	*7*

À semelhança daquilo que fizemos anteriormente, ensaiámos uma análise do material com critérios de consenso mais alargados. Com um nível de concordância superior a 65% e valores de Mediana e Moda de 5, 6 ou 7, também se revelaram úteis sínteses informativas orientadas para a grande maioria dos *Auto cuidados*, as *Quedas*, o *Auto controlo* e o *Stress do Prestador de cuidados*. Desta forma, obtivemos um conjunto de 158 sínteses informativas, mantendo-se a ênfase nos *"Ganhos em conhecimento"* e *"… aprendizagem de capacidades"* para o exercício do *Papel Parental* e do *Papel de Prestador de cuidados* e ainda, na pró – actividade das pessoas no desenvolvimento de Comportamentos adaptativos e de procura de saúde.

Em síntese, podemos dizer que nos vários contextos de cuidados, os consensos produzidos em torno das diferentes sínteses informativas ensaiadas são consistentes com os resultados acerca dos focos de atenção sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros. As reflexões empreendidas no grupo de discussão mostraram-nos que a definição dos aspectos mais úteis para os diferentes contextos de acção das práticas era favorecida pelo afrouxamento dos critérios de consenso utilizados na análise do material do segundo questionário.

Pelo exposto e tendo em consideração aquilo que foi acordado com a gestão intermédia e de topo de cada instituição, decidimos que na segunda fase do projecto seriam produzidas todas as sínteses informativas, para as quais existissem dados, independentemente dos consensos produzidos na primeira parte do trabalho. Com esta opção, procuramos ser mais abrangentes e facilitar a incorporação, nas futuras decisões locais, daquilo que o processo de implementação do modelo de agregação de dados nos dissesse.

4.4 O modelo de produção das sínteses informativas: um padrão de leitura do RMDE

Neste ponto da dissertação temos por objectivo descrever o conjunto dos processos envolvidos na modelação do RMDE e os procedimentos utilizados na produção dos diferentes tipos de sínteses informativas que desenvolvemos.

No enquadramento da problemática em que se situa o estudo, vimos que a informação relevante é sempre o resultado de processos informacionais que transformam *inputs* (os dados) em *outputs* (as sínteses informativas). Em termos das teorias da informação, estes processos de que nos falava Losee (1997) são reversíveis, o que quer dizer que conhecendo a natureza dos processos, podemos sempre compreender os dados de origem. Este princípio afigura-se como interessante para a discussão acerca dos modelos de agregação de dados de enfermagem, fundamentalmente porque nos convida à compreensão dos mecanismos e dispositivos utilizados na transformação de um RMDE, em informação que se revele útil. Por outro lado, a clarificação dos distintos processos informacionais envolvidos no tratamento dos dados põe em relevo as múltiplas possibilidades que um mesmo RMDE tem, para efeitos da produção de sínteses informativas. Na realidade, os três tipos de sínteses informativas ensaiados, em consonância com os propósitos consensualizados, representam apenas uma das possibilidades de leitura (Zorrinho, 1999) do conjunto mínimo de dados de enfermagem, recolhido com sistemática e regularidade.

4.4.1 Princípios e estrutura do modelo de produção das sínteses informativas

No segundo ponto deste capítulo detivemo-nos sobre as estratégias básicas para o cálculo dos diferentes tipos de sínteses informativas. Por agora, interessa-nos expor o conjunto de procedimentos que nos conduzem até aos itens de informação necessários ao cálculo daquelas sínteses. Estes procedimentos precedem a fase de cálculo propriamente dita, pelo que representam o conjunto dos mecanismos envolvidos na extracção, preparação e organização dos dados.

Figura 4 - Esquema explicativo dos principais processos envolvidos na progressão dos dados até às sínteses informativas

Segundo Eriksen e colaboradores (1997) e Schoech e colaboradores (2000), as fases de extracção e organização dos dados constituem as etapas essenciais dos processos de *"Data Mining"*, para a transformação de *gigabytes* e *terabytes* de dados em sínteses informativas úteis. Os princípios do *"Data Mining"* ou da descoberta de conhecimento nas bases de dados, começam a estar, progressivamente, associados à problemática dos RMDE (Delaney et al, 2001). Quando olhamos para a quantidade de dados que resultou do processo de recolha do RMDE, entre 1 de Março e 31 de Outubro de 2005, defrontamo-nos com uma realidade difícil de manejar. O manuseio de um conjunto de dados relativo a cerca de 90000 casos exige, como não podia deixar de ser, o emprego de estratégias capazes de agilizar e automatizar o tratamento de toda aquela *matéria-prima*.

De acordo com o esquema explicativo que apresentamos, os dados modelados são um

produto informacional intermédio, resultante dos processos de extracção e organização de dados armazenados nos SIE, que constituem o substrato para as fórmulas de cálculo das sínteses informativas, estas sim, produto informacional final do modelo de agregação dados.

Os instrumentos de extracção e organização do RMDE envolvem todo um conjunto de consultas e procedimentos informáticos, cujo teor não julgamos relevante descrever aqui em detalhe. Todavia, a partir das principais *"consultas"* que utilizamos na modelação dos dados, procuramos clarificar as estratégias que sustentam a definição dos casos contabilizados na produção das sínteses informativas. Apesar de também termos envolvido neste projecto serviços que não utilizavam o SAPE, recorremos aos procedimentos associados aos SIE embutidos na RIS, para ilustrar o trabalho de preparação do material[14].

Como já referimos anteriormente, relativamente aos episódios de internamento, e de acordo com o modelo de organização da informação no SONHO, de cada vez que um utente é submetido a um internamento, isso é contabilizado como um episódio independente. Assim, um mesmo utente pode ter mais do que um episódio de internamento durante os 8 meses de análise, correspondendo, cada um deles, a um caso distinto.

No que se refere à realidade dos centros de saúde, sabemos que um utente pode ter vários contactos ou consultas de enfermagem durante um determinado período de tempo. De acordo com a lógica de organização da informação no SINUS, cada utente, independentemente do número de contactos de enfermagem que teve no período, só é contabilizado uma vez. Por outro lado, no particular dos centros de saúde, a viabilização de sínteses informativas centradas em resultados, acaba por exigir que consideremos uma sucessão de contactos, para vislumbrar a evolução do estado dos diagnósticos de enfermagem detectados.

As estratégias de contabilização dos casos são um aspecto essencial da organização e preparação dos dados. Para qualquer um dos diagnósticos de enfermagem que está subjacente às diferentes sínteses informativas, cada episódio de internamento ou utente do centro de saúde só é contabilizado uma vez, independentemente do número de repetições ou variações no *status* que se possam verificar naquele problema, ao longo do tempo. Tomemos um exemplo, para ilustrar a estratégia de contabilização dos casos de *Dor* durante um episódio de internamento.

---

[14] Os procedimentos de modelação dos dados de enfermagem que resultam do SIDE sustentam-se nos mesmos princípios que os utilizados no SAPE.

Figura 5 – Repetições e variações na intensidade da Dor ao longo do episódio de internamento

De acordo com a figura anterior, podemos constatar que o utente, a quem se referem os dados, experimentou várias alterações na intensidade da *Dor* ao longo do episódio. Depois de iniciar uma situação de *Dor* (*a – intensidade 4*), o problema resolveu-se (*d – intensidade 0*). Mais tarde, voltou a experimentar *Dor*, agora com intensidade 3 (*e*). A última opinião clínica de enfermagem ou status documentado (*g*) revela uma intensidade dolorosa de 1.

De acordo com aquilo que a documentação de enfermagem traduz, podemos afirmar que o cliente teve por duas vezes documentado o diagnóstico de enfermagem *Dor*. A primeira situação compreendida entre os pontos *a – d*; o segundo evento entre os pontos *e – g* do gráfico. Tomando isto por certo, seria possível contabilizar dois eventos de *Dor* durante o episódio de internamento. Contudo, a nossa intenção está orientada para a definição de resultados por episódio ou período, pelo que o modelo que sustenta a produção das nossas sínteses informativas tem em consideração a comparação do primeiro com o último juízo clínico do período, em relação a um determinado problema. Neste enquadramento, ao compararmos a diferença de intensidade da *Dor* entre a primeira (ponto *a*) e a última opinião clínica de enfermagem documentada (ponto *g*), podemos concluir que o cliente teve *"Ganhos na intensidade da Dor percepcionada"*; admitindo que, entretanto, foi implementada pelo menos uma das intervenções de enfermagem que viabilizam aquele resultado. Apesar de num primeiro momento se ter verificado uma

"resolução" intermédia do problema de *Dor* (ponto *d*); no âmbito dos procedimentos de preparação e organização dos dados, só se a última opinião clínica documentada (ponto *g*) correspondesse ao valor de intensidade dolorosa 0 (zero), é que este episódio de internamento poderia ser considerado como um dos casos com resolução efectiva do problema.

No processo de extracção dos dados devemos destacar três procedimentos: a recodificação dos dados, a selecção do material, que releva para efeitos da produção das sínteses informativas, e a "limpeza dos dados" (Schoech et al., 2000).

Tendo presentes os necessários requisitos de protecção individual dos dados clínicos dos clientes, o primeiro procedimento que importa considerar é a recodificação dos dados. Para efeitos do padrão de leitura dos dados desenvolvido, não nos interessa conhecer nominalmente os casos, estando a nossa intenção dirigida ao conhecimento da distribuição dos aspectos de saúde na população ou em grupos específicos de clientes. Para isso, recorremos à substituição aleatória dos números de episódio de internamento ou de cartão de utente por um novo código. Desta forma, mantemos a "chave – primária" de organização dos dados, permitindo-nos explorar as relações entre as várias entidades informativas (i.e.: diagnósticos, intervenções, resultados...).

Após, evoluímos na selecção do conjunto dos dados de enfermagem documentados em cada processo, tendo por referência o RMDE. Os elementos clínicos do RMDE constituem os "filtros" utilizados na extracção dos dados, representando, *"a priori",* um verdadeiro modelo de análise dos conteúdos documentados nos SIE. Uma vez seleccionado o material que integra o RMDE, é empreendida uma série de consultas de selecção e eliminação dos dados duplicados. O conceito de "dados duplicados" deriva das regras de documentação no SAPE e está intimamente associado aos erros produzidos na documentação de origem. Se, por exemplo, relativamente à *Dor* existirem duas ou mais opiniões clínicas exactamente iguais e que se repetem sucessivamente, apenas nos interessa uma delas. Este tipo de erros é pouco frequente, sendo mais visível nas unidades de cuidados em fase inicial de utilização do SAPE. A limpeza do material ainda envolve procedimentos de eliminação dos dados que se situam fora do período em análise.

No contexto do Centro de Saúde isto é particularmente relevante, uma vez que os registos relativos a cada utente são continuados no tempo. Assim, se for nosso propósito produzir uma análise a partir do dia 1 de Março, temos de garantir que todos os dados anteriores àquela data ficam de fora do trabalho empreendido. A título de exemplo, no caso da *Dor* ilustrado na figura 5, se a opinião clínica descrita no "ponto *a"* corresponder

ao primeiro dia de Março, mesmo admitindo a documentação de outras opiniões clínicas nos dias anteriores, o padrão de leitura dos dados desenvolvido, toma por primeiro *status* associado à *Dor* o documentado no "ponto *a".* Esta lógica também é verdadeira quando consideramos a data limite do período em análise.

A viabilização dos três tipos de sínteses informativas que aqui ensaiamos exige igual número de estratégias – "Modelos" - de preparação e organização dos dados. Desta forma, estabelece-se uma relação directa entre o tipo de síntese informativa a produzir e o "modelo" de organização do material.

Estas estratégias de organização e preparação dos dados podem ser entendidas como os "... *mecanismos de transformação dos dados em informação que a tornem disponível em formatos que seja facilmente compreendida pelas pessoas certas, no momento certo"* (Marin et al., 2001, p. 4); nomeadamente para efeitos da viabilização de informação relativa à qualidade do exercício profissional de enfermagem, a partir da documentação de enfermagem que, actualmente está disponível na RIS, através do SAPE.

4.4.1.1 "Modelo" I de organização dos dados

A primeira estratégia de organização dos dados tem por objectivo garantir a produção da informação relativa às *"frequências dos diagnósticos de enfermagem"*, que integram a estrutura substantiva do RMDE.

Assim, naquilo que se refere à viabilização das *"Frequências relativas"* dos diagnósticos de enfermagem, os procedimentos de organização dos dados exigem a contabilização dos casos que têm documentado o diagnóstico de enfermagem em causa – *frequência absoluta* -, independentemente da sua evolução, estabelecendo, após, a relação com o número total de episódios de internamento ou utentes atendidos no centro de saúde, durante o período a que se reporta a análise.

Neste trabalho, devemos seleccionar o Número do Episódio de internamento ou o Número de Utente; o código do Serviço; a Data de Entrada no serviço ou a Data do primeiro Contacto no período; e a primeira Data e a Hora de início do Diagnóstico de enfermagem. Após, estabelece-se a razão entre o valor que resulta da contagem de casos com o diagnóstico de enfermagem em análise e o número total de episódios de internamento ou utentes atendidos, no período, no centro de saúde.

Importa ainda salientar que, as múltiplas possibilidades de ler os dados, que discutimos nos pontos 4.2.2 e 4.2.3 deste capítulo, e que correspondem às proporções que tivemos oportunidade de ilustrar, podem ser baseadas neste modelo de organização dos dados, com as devidas restrições que dependem daquilo que se procura ler.

Clarificada a estratégia de base para a viabilização das frequências dos diagnósticos, importa evoluir para a descrição dos procedimentos envolvidos na produção dos outros dois tipos de sínteses informativas que perspectivamos.

Enquanto que a viabilização das frequências dos diagnósticos de enfermagem não tem em consideração a evolução verificada nos seus "status"; as sínteses informativas "*...orientadas para a prevenção de complicações"* e para *"… as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem"*, implicam uma sequência de cláusulas, capazes de qualificar a evolução verificada nos diagnósticos de enfermagem. Da aplicação deste conjunto de cláusulas resulta a atribuição de um *Valor Final* que varia de 1 a 3. Em termos genéricos, cada um destes valores significa:

> Valor 1 – *Diagnóstico de enfermagem sem evolução positiva ou diagnóstico de enfermagem relativamente ao qual não foram documentadas intervenções, independentemente da evolução verificada no seu "status".*
>
> Valor 2 – *Diagnóstico de enfermagem com melhoria do seu "status" e com intervenções documentadas.*
>
> Valor 3 – *Diagnóstico de enfermagem resolvido ou com melhor resultado desejado, e com intervenções documentadas.*

Neste contexto, os dois "modelos" de organização dos dados que a seguir descrevemos têm por fundamento a atribuição daquele *Valor Final*; procedimento essencial para o cálculo das sínteses informativas orientadas para a *"... prevenção de complicações"* e para as *"... modificações positivas"* no estado dos diagnósticos de enfermagem reais.

4.4.1.2 Modelo II de organização dos dados

O "Modelo II" está desenhado para a organização dos dados necessários à produção das *"sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações"*.

4.4.1.2.1 Para as *Frequências do diagnóstico do Risco, nos casos com complicação*

A organização dos dados para o cálculo das *"Frequências do diagnóstico do risco, nos casos com complicação"* tem por alicerce as relações estabelecidas entre a documentação do *Risco* de ocorrência de um evento de saúde indesejado e a, eventual, data de início do *Problema real* que traduz essa mesma complicação de saúde. Como vimos na parte inicial deste capítulo, aqui não são consideradas intervenções de enfermagem.

Neste trabalho, devemos seleccionar o Número do Episódio de internamento ou o Número de Utente; o código do Serviço; a Data de Entrada no serviço ou a Data do

primeiro Contacto no período; a primeira Data e a Hora de início do Problema Real; e a primeira Data e Hora de início do Risco. Após, calcular a diferença que existe entre as primeiras horas de início do Problema Real e do Risco, respectivamente. Assim:

> 1 - *Se a Data de Entrada no serviço ou do primeiro contacto no período for menor que a Data de início do Problema Real e menor ou igual à Data de início do Risco; e a Data de início do Risco for menor que a do Problema Real; ou estas Datas forem iguais e a diferença de horas entre o início do Problema Real e o início do Risco for maior ou igual a 6 horas, atribuir o Valor 3; caso contrário, atribuir o Valor 1.*

Ao impormos como requisito que a diferença entre o início do Problema Real e o Risco seja superior a 6 horas, pretendemos garantir que, efectivamente, a documentação do Problema Potencial precede a instalação da complicação. No quadro deste tipo de síntese informativa, o *Valor 1* representa a "negação da existência do diagnóstico prévio do risco" e o *Valor 3* a sua "afirmação".

Como se infere da leitura das cláusulas anteriores, o padrão de leitura dos dados que utilizamos relaciona a data do primeiro *Problema real,* que traduz a complicação, com a existência prévia da documentação do *Risco*. Quer isto dizer que, independentemente do número de vezes que o cliente apresentar a complicação, só consideramos o primeiro evento para efeitos da análise. Com este requisito estamos a "eliminar" as situações em que, depois dos clientes apresentarem o problema real, considerado como complicação, o enfermeiro documenta, numa perspectiva futura, a existência do risco da complicação voltar-se a repetir.

4.4.1.2.2 Para a *efectividade na prevenção das complicações*

A organização dos dados para o cálculo da *"Efectividade na prevenção de complicações"* tem algumas diferenças, entre a realidade hospitalar e a dos centros de saúde. Todavia, independentemente da origem dos dados, o modelo foi desenhado com o intuito de verificar se, após a primeira documentação de uma situação de *Risco,* se desenvolveu a complicação.

4.4.1.2.2.1 Dados provenientes do Hospital

Seleccionar o Número do Episódio de internamento; o código do Serviço; a Data de Entrada no serviço; a última Data e Hora de início do Problema Real; e a primeira Data e Hora de início do Risco. Assim:

> *1 – Se a Data de Entrada no serviço for menor ou igual à Data de início do Risco e a Data de início do Problema Real for nula, atribuir o Valor 3; caso contrário,*

atribuir o Valor 1.

Após a análise desta condição, seleccionar, do mesmo Serviço e número de Episódio de internamento, da tabela relativa às Intervenções de enfermagem realizadas, as intervenções efectivamente implementadas e que, pelo seu código de identificação, integram o grupo de intervenções associadas ao resultado em causa. Destas, seleccionar a(s) sua(s) última(s) Data(s) de realização. Assim:

2 - Se o Valor que resultar da aplicação da condição anterior for igual a 3 e ainda; se existir, pelo menos, uma intervenção realizada e a sua última Data de realização for maior ou igual à Data de início do Risco, atribuir como Valor Final 3; caso contrário, atribuir como Valor Final 1.

4.4.1.2.2.2 Dados provenientes dos Centros de Saúde

Seleccionar o Número de Utente; o código do Serviço; a Data do último Contacto incluído no período em análise; a última Data e Hora de início do Problema Real; e a primeira Data e Hora de início do Risco. Assim:

1 – Se a Data de início do Risco for menor que a Data do último Contacto e a Data de início do Problema Real for nula, atribuir o Valor 3; caso contrário, atribuir o Valor 1.

Após a análise desta condição, seleccionar, do mesmo Serviço e Número de Utente, da tabela relativa às Intervenções de enfermagem realizadas, as intervenções efectivamente implementadas e que, pelo seu código de identificação, integram o grupo de intervenções associadas ao resultado em causa. Destas, seleccionar a(s) sua(s) última(s) Data(s) de realização. Assim:

2 – Se o Valor que resultar da aplicação da condição anterior for igual a 3 e ainda; se existir, pelo menos, uma intervenção realizada e a sua última Data de realização for maior ou igual à Data de início do Risco, atribuir como Valor Final 3; caso contrário, atribuir como Valor Final 1.

À semelhança daquilo que acontece para as *"Frequências do diagnóstico do risco, nos casos com complicação",* também aqui o *Valor 1* representa a "negação da efectividade na prevenção da complicação" e o *Valor 3* a sua "afirmação".

Uma das principais limitações associadas a este modelo de organização dos dados decorre do facto de, para que um caso seja considerado como efectivo na prevenção da complicação, ser necessário que, durante o episódio ou o período em análise, o cliente não apresente nenhum evento real daquela complicação. Admitamos que em Março de

2005 um utente apresentou um Problema real de *Úlcera de pressão*, a qual acabou por cicatrizar em Maio. Mais tarde, em Setembro de 2005, foi identificado o *Risco de Úlcera de pressão* e após, até ao final de Outubro, não se desenvolveu um novo problema real de *Úlcera de pressão*. Neste caso, da aplicação das cláusulas resultaria um Valor Final de 1.

Temos consciência que todo e qualquer modelo de agregação de dados tem limitações, pelo que urge incluir na interpretação dos resultados as condições de produção das sínteses informativas. Contudo, no desenho destas estratégias de preparação e organização dos dados, procuramos ser abrangentes e fiéis aos propósitos consensualizados para o RMDE.

4.4.1.3 Modelo III de organização dos dados

Esta estratégia de organização dos dados visa a produção das sínteses informativas orientadas para a tradução das *"modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem"* reais. Aqui, uma de duas leituras dos dados é realizada, dependendo da forma como as opiniões clínicas associadas ao diagnóstico estão parametrizadas na estrutura do SAPE.

4.4.1.3.1 Para os diagnóstico de enfermagem baseados em vários graus de manifestação

Esta variante do terceiro "modelo" de organização do material, que resulta do RMDE definido, dirige-se aos Diagnósticos de enfermagem que têm subjacentes vários graus de manifestação do fenómeno. São disso exemplo, os *"Ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor"* ou a frequência da sua *"resolução"*. Como vimos anteriormente, a *Dor* é um fenómeno que pode assumir diferentes níveis de intensidade, operacionalizados em numa escala ordinal com quatro graus. Esta variante do "Modelo III" de leitura dos dados, fundamenta-se nas relações que se estabelecem entre entidades, como as datas de início e de termo dos diagnósticos de enfermagem, respectivos *status* ou graus de manifestação e as intervenções realizadas.

Assim, devemos seleccionar o Número de Episódio de internamento ou o Número de Utente; o código do Serviço, a primeira Data de Início e a última Data de Termo do Diagnóstico de enfermagem; a Data, a Hora e o *Score* do primeiro *Status* associado ao Diagnóstico; e a Data, a Hora e o *Score* do último *Status* associado ao mesmo Diagnóstico; considerar:

1 - Se o Diagnóstico de enfermagem tiver Data de Termo, atribuir o Valor 3;

2 - Se a Data do primeiro Status for igual à Data do último Status e a Hora do

primeiro Status for igual à Hora do último Status, atribuir o Valor 1.

3 - Se o primeiro Score associado ao Status for maior que o último Score, atribuir o Valor 2. Caso contrário, atribuir o Valor 1.

Após a análise destas condições, seleccionar, do mesmo Serviço e Número de Episódio de internamento ou Utente, e da tabela relativa às Intervenções de enfermagem realizadas, as intervenções efectivamente implementadas e que, pelo seu código de identificação, integram o grupo de intervenções associadas à síntese informativa em causa. Destas, seleccionar a sua primeira e última Data de realização. Assim:

4 - Se existir, pelo menos, uma intervenção realizada e a última Data de realização da intervenção for maior ou igual à Data do primeiro Status associado ao diagnóstico de enfermagem e a primeira Data de realização da intervenção for menor ou igual à última Data do Status ou à última Data de Termo do Diagnóstico, atribuir como Valor Final, aquele que resultou da aplicação das três primeiras condições; caso contrário, atribuir o Valor Final 1.

A viabilização das taxas de resolução dos diagnósticos de enfermagem que se baseiam, apenas, numa opinião clínica, também se fundamenta nesta variante do terceiro do "modelo" de organização dos dados; ignorando a segunda (2) e terceira (3) cláusula.

4.4.1.3.2 Para diagnósticos de enfermagem baseados em diferenciais semânticos dicotómicos

A segunda variante do "Modelo III" de organização do material dirige-se aqueles diagnósticos que assentam na existência de dois *status* ou opiniões clínicas traduzidas por diferenciais semânticos dicotómicos, do tipo: *"Não Demonstra / Demonstra"*; *"Não Percepcionado / Percepcionado"*... Todos os *"Ganhos em Conhecimento"* ou *"... Aprendizagem de capacidades",* incluídos no anexo 5, são exemplos de sínteses que exigem este modelo de organização dos dados.

As regras actuais de parametrização dos conteúdos no SAPE têm implícito que uma das opiniões clínicas traduz o Problema (ex.: *Não Demonstra*) e a outra a sua resolução (ex.: *Demonstra*). Neste quadro, esta variante do terceiro modelo de organização dos dados fundamenta-se nas relações que se estabelecem entre o *status* que representa o *Problema* e o *status* que traduz a sua *resolução*, mediadas pelas intervenções de enfermagem implementadas.

Os procedimentos aqui envolvidos passam por seleccionar o Número de Episódio de internamento ou o Número de Utente; o código do Serviço; a primeira Data do *Status* que traduz o Problema e a última Data do *Status* que traduz a resolução. Assim:

1 – Se a Data do Status que representa o Problema for menor ou igual à Data do Status que traduz a resolução do mesmo problema e esta última não for nula, atribuir o Valor 3; caso contrário, atribuir o Valor 1.

Após a análise desta condição, seleccionar do mesmo Serviço e Número de Episódio de internamento ou de Utente, da tabela relativa às Intervenções de enfermagem realizadas, as intervenções efectivamente implementadas e que, pelo seu código de identificação, integram o grupo de intervenções associadas ao resultado em causa. Desta(s), seleccionar a(s) sua(s) primeira e a última Data de realização. Assim:

2 – Se existir, pelo menos, uma intervenção realizada e a sua última Data de realização for maior ou igual à Data do Status que traduz o Problema; e a primeira Data de realização da intervenção for menor ou igual à Data do Status que representa a resolução do Problema, atribuir como Valor Final aquele que resulta da aplicação da primeira condição; caso contrário, atribuir o Valor Final 1.

Completado o trabalho de preparação e organização dos dados, estamos em condições de avançar para a etapa de cálculo das sínteses informativas. Após, os resultados obtidos poderão sofrer distintas formas de agregação, conforme as finalidades que tivermos presentes.

4.4.2 A lógica de agregação dos dados

Na sequência dos fundamentos utilizados pelo grupo de discussão na definição dos propósitos do RMDE, tivemos a preocupação de desenhar um padrão de leitura dos dados capaz de assegurar diferentes estratégias de agregação e apresentação dos resultados, de forma a servir múltiplos utilizadores. Este facto acaba por ser garantido pelo envolvimento activo dos serviços do IGIF – Norte, neste projecto. Neste momento, podemos assegurar que os serviços do Ministério da Saúde estão na posse de todos os elementos que resultaram desta investigação, o que sob o ponto de vista da produção regular de sínteses informativas, a partir da documentação de enfermagem processada na RIS, constitui uma mais-valia. Por outro lado, o desenvolvimento deste modelo de agregação de dados de enfermagem, tendo por intenção a sua configuração como um *output* dos SIE em uso na RIS, facilita o cruzamento da informação de enfermagem com outra informação disponível nas bases de dados da saúde, o que encerra em si grandes potencialidades.

No relatório que elaborámos para os serviços ARS do Norte e unidades envolvidas no estudo, ensaiámos algumas estratégias de agregação dos resultados que ilustram o potencial a que nos referimos. Nesse relatório, para além de apresentarmos os resultados para cada um dos *"Serviços"*, produzimos uma agregação do material em

função do *"Tipo de Unidade"*, da *"Instituição"*; dos *"Domínios"* e dos *"Grupos de Diagnósticos médicos principais / Programas de Saúde"*.

Ao falarmos em *"Tipo de Unidade"* referimos uma lógica de apresentação do material tendo em conta o contexto do Centro de Saúde e o contexto do Hospital. Cada Hospital e cada Sub Região de Saúde são tratadas como uma *"Instituição".* Os *"Domínios"*, tal como já foi sendo referido ao longo da tese, referem-se às principais áreas de atendimento hospitalar (i.e.: Cirurgia, Medicina, Ortopedia, Pediatria…). Os *"Grupos de Diagnósticos médicos principais"* ou "*Grupos de Doença"*, no quadro dos hospitais, reportam os Diagnósticos médicos principais de cada episódio de internamento, agregados ao segundo nível conceptual da Classificação Internacional das Doenças (ICD – 9). Os *"Programas de Saúde"* estão para o contexto dos centros de saúde, como os *"Grupos de Doença"* para a realidade hospitalar. Nem todos os episódios de internamento e nem todos os utentes dos centros de saúde têm, respectivamente, um *"Grupo de Doença"* ou *"Programa de Saúde"*, na medida em que este dado não é de registo obrigatório.

Uma vez que era bastante reduzida a percentagem de utentes dos centros de saúde que, no período, estavam inscritos em mais do que um Programa de Saúde, para efeitos desta análise, adoptamos como referência o último programa em que estavam inscritos, por ser o mais actual.

A lógica de agregação de dados que apresentamos, constitui a base que iremos utilizar nas discussões dos dados realizadas nos capítulos cinco e seis desta tese.

Aquilo que aqui importa sublinhar é que, o RMDE definido, permite aceder a informação, relativa à qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, desde uma escala mais específica e local, até níveis mais elevados da tomada de decisão em saúde. No limite, se for considerado útil, podemos saber, à escala da ARS do Norte ou mesmo do país, a *"frequência"* dos casos de *Úlcera de pressão* ou os *"ganhos em conhecimento sobre Auto – vigilância"*.

Contudo, o acesso a toda esta gama de informação relativa aos cuidados de enfermagem, implica que determinados requisitos sejam observados.

4.4.3 Requisitos necessários à viabilização do RMDE

Na exploração das principais questões associadas aos RMDE, tivemos a preocupação de sublinhar a necessidade de garantir determinados requisitos, tidos como essenciais para a viabilização da recolha e análise sistemática de informação relativa aos cuidados de enfermagem. Neste momento importa-nos discutir tais requisitos, em função daquilo que resultou do percurso de investigação desenvolvido.

A recolha sistemática e regular de um RMDE implica quatro aspectos que reportamos como nucleares: a disponibilidade dos dados, a sua comparabilidade e fiabilidade e por último, a sua protecção. Da conjugação destes requisitos, depende a quantidade e, fundamentalmente, a qualidade dos dados disponíveis.

> Durante uma reunião com os colegas de um Centro de Saúde envolvido no trabalho diz-me um enfermeiro:
>
> *X – Pensava que isto ia ser mais fácil, sinceramente. Acho que ficamos muito aquém do que todos queríamos. Achei que isto era mais uma coisa para implementar a CIPE®. Uma maneira diferente de se implementar. Depois começámos a falar (…) e fiquei mais entusiasmado... porque comecei a ver utilidade dos registos... outra utilidade, para produzir informação que nos ajudasse. Mas, agora acho que nós não tivemos grande sucesso, por várias coisas, várias razões... a mudança de edifício* (refere-se às novas instalações do Centro de Saúde). *Bem, mas nós já tínhamos aqui os impressos com a CIPE® e produzimos poucos dados. Não é só a CIPE®... isto é complicado.*
>
> Notas de campo, Julho de 2005

De facto, não *"... é só a CIPE®..."* que nos assegura os dados capazes de viabilizar a produção de sínteses informativas relativas ao exercício profissional dos enfermeiros. Acreditamos que *"... são várias razões...",* muitas delas anteriores a toda a problemática da documentação de enfermagem, pelo que reduzir esta discussão a este ou aquele factor de forma isolada, pode ser demasiado redutor. Nesta perspectiva, os requisitos que aqui discutimos têm grandes áreas de sobreposição e interacção.

4.4.3.1 A disponibilidade dos dados

Para muitos autores, o desenvolvimento e implementação de RMDE é uma estratégia extremamente válida para aumentar, nas bases de dados da saúde, a quantidade e a qualidade da informação relativa aos cuidados de enfermagem.

A disponibilidade de dados assenta em dois grandes pilares: a existência de dados propriamente dita e a sua documentação numa estrutura arquitectónica coerente e inteligível. Contudo, se considerarmos a utilização de RMDE em larga escala (aquilo que idealmente se deseja) e tivermos presentes todos os procedimentos e cláusulas de organização e modelagem dos dados, percebemos que não basta existirem dados em abundância. Para efeitos de agregação, os dados devem estar documentados e armazenados em estruturas que facilitem a utilização dos dispositivos tecnológicos que temos disponíveis; os quais não se compadecem com a linguagem natural e a falta de integridade referencial entre os distintos itens de informação (Hoy & Hardiker, 1999; Silva, 2001).

Devemos admitir que, quer os SIE do tipo I, quer os SIE do tipo II possam encerrar grandes quantidades de dados relativos aos cuidados de enfermagem. Todavia, dadas as

características estruturais de cada um deles, apenas os SIE do tipo II se configuram como dispositivos capazes de viabilizar a produção, automática, sistemática e em larga escala de informação válida, acerca da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Como já tivemos oportunidade de destacar ao longo desta dissertação, em Portugal, os trabalhos de Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001) constituem os marcos fundamentais da revolução empreendida nos SIE, tendo em vista ultrapassar os problemas sublinhados por Hoy & Hardiker (1999). Nesta perspectiva, durante este projecto de investigação, tivemos a necessidade de levar por diante algumas acções dirigidas à garantia dos dados que representam a estrutura substantiva do RMDE.

4.4.3.1.1 Incorporação de novos conteúdos nos SIE em uso

O trabalho desenvolvido nas unidades de cuidados, por cada um dos participantes no grupo de discussão, representou o centro de todo o conjunto de actividades orientadas para a garantia, na documentação, dos dados incluídos no RMDE.

A natureza das acções realizadas dependeu do tipo de SIE em uso em cada unidade. A inclusão no projecto de centros de saúde que utilizavam SIE do tipo I, exigiu actividades adicionais, para além da "mera" incorporação de novos conteúdos nos SIE.

O envolvimento na segunda fase do projecto de unidades de cuidados com SIE do tipo I, mostrou-nos que é possível viabilizar a recolha sistemática e regular de dados de enfermagem em larga escala. Apesar das tarefas adicionais de documentação que foram exigidas aos enfermeiros de cada um daqueles centros de saúde, foi possível, durante cerca de 10 meses (dois meses de familiarização com o SIDE e oito meses de recolha efectiva de dados), recolher informação acerca dos cuidados de enfermagem, com requisitos capazes de promover a agregação de dados.

> *X – No caso do meu CS, isto está a dar-nos muito trabalho... como todos sabem. Não é só no meu. Mas quando vimos os resultados* (preliminares) *que o Filipe nos mostrou ficamos todas contentes. Não foi pelos resultados... até nem são muito bons, mas ficamos contentes por termos informação (...) sobre os nossos resultados. A minha Chefe ficou toda entusiasmada (…).*
>
> *Y – Esse é o meu problema. Nos nossos centros de saúde, já tivemos o SAPE... foi lá que ele foi desenvolvido. Mas agora estamos em suporte de papel. Também usamos o SIDE para meter os dados (…) e metemos de todos os utentes. Claro que nós gostávamos de ter o mais rápido possível o SAPE, mas enquanto não tivermos, se for possível, vamos utilizar o SIDE para meter os dados (…). É isso que queremos... na falta de melhor, fazemos o esforço e metemos os dados necessários no SIDE. Acho que até é uma forma de mostrarmos o nosso interesse nesta problemática dos sistemas de informação e a necessidade que temos de informação relativa ao nosso desempenho colectivo… os nossos resultados.*

Grupo de discussão, Julho 2005

O excerto da discussão gerada, para além de colocar em destaque o trabalho desenvolvido em cada unidade, de forma a garantir os dados; salienta a utilidade das sínteses informativas geradas, razão pela qual *"... fazemos o esforço..."*.

Não queremos com isto advogar que rapidamente seja tomada a decisão de, em todos os contextos de cuidados, independentemente dos SIE em uso, se evolua na produção maciça do resumo mínimo de dados definido. Acreditamos que o sentido da mudança deve privilegiar a implementação de SIE do tipo II, embutidos na RIS, incorporando aquilo que resulta deste percurso de investigação. Contudo, as experiências de produção de dados nas unidades com SIE menos desenvolvidos, mostraram-nos que é possível avançar na produção de sínteses informativas relativas aos cuidados de enfermagem, mesmo nos contextos mais recônditos do país. Defendemos que cada uma das unidades de cuidados, na impossibilidade transitória de produzir informação em larga escala, se focalize na recolha de dados para dois ou três focos de atenção, dos quais depende uma parte significativa da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, naquele contexto. Para este desiderato, propomos que os processos de modelagem de dados que emergiram deste percurso sejam utilizados como matriz unificadora das tarefas a concretizar.

O trabalho realizado sobre os SIE em uso em cada uma das unidades de cuidados resultou da consciência que fomos criando no grupo de discussão, acerca das mudanças necessárias à viabilização do RMDE.

Nas unidades que utilizavam SIE do tipo II, procedemos a um conjunto de actividades orientado para:

- A incorporação de novos conteúdos – Diagnósticos e Intervenções de enfermagem – na parametrização dos SIE;
- O desenvolvimento de processos formativos centrados no diagnóstico e intervenção face aos novos focos de atenção introduzidos no SIE.

Apesar de não estar contemplada em projecto, à medida que fomos evoluindo nos percursos, começou a emergir nos participantes a necessidade de realizar processos formativos, sobre as novas áreas de atenção representadas nos SIE.

> *X – Estes aspectos que temos estado a definir...já tínhamos falado nisto antes, obrigam-nos a reformular muito aquilo que é a formação em serviço. Para já, no meu serviço, já estamos a fazer formação sobre a preparação dos prestadores de cuidados e sobre a prevenção dos riscos dos doentes. Estou a falar da rigidez articular, do pé equino.*
>
> *Y – Claro. Nós, lá na Sub Região, já fizemos formações, com pessoas da*

> *Escola, sobre a Adesão e a Gestão do regime terapêutico. Também já temos agendada uma sobre as questões da adaptação... a Aceitação do estado de saúde, o Auto controlo e o Stress do Prestador de cuidados. Acho muito importante.*
>
> *Z – Não é só fazer formação porque agora estamos nos RMDE. A formação em serviço, pelo menos lá... a gente no início do ano escolhe temas. Eu não penso assim. Ninguém avalia nada (…), mas assim, nós vamos ver em que áreas estamos pior. Naquelas que estivermos pior, devemos investir na formação. Eu penso assim.*
>
> Grupo de discussão, Fevereiro 2004

Dentro desta perspectiva, a formação em serviço deixa de ser vista como um fim em si mesmo e passa a ser concebida como um recurso, colocado ao serviço dos programas melhoria e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional. Esta visão acaba por constituir uma abordagem bastante interessante na criação de climas promotores da qualidade e de uma cultura de utilização estratégica dos recursos informativos nas organizações.

Naquilo que se reporta às unidades de cuidados que utilizavam SIE do tipo I, as actividades realizadas pelos participantes no grupo de discussão apontaram para:

- A incorporação da linguagem classificada da CIPE®, no mínimo, para documentar os Diagnósticos, as Intervenções e os Resultados de enfermagem que integram o RMDE e que "faziam sentido" localmente;
- O início da documentação regular e sistemática dos Diagnósticos, Intervenções e Resultados, numa estrutura semelhante à dos SIE do tipo II;
- O desenvolvimento de processos formativos acerca de SIE, da CIPE® e dos processos de diagnóstico e intervenção face aos focos de atenção introduzidos nos SIE em uso.

A formação que foi realizada nestas unidades de cuidados, apesar de também ter o intuito de se centrar nos processos de diagnóstico e intervenção de enfermagem, acabou por privilegiar as questões relativas à CIPE® e aos SIE.

> Centro de Saúde de XXXX, Setembro de 2004
>
> *X – Nós temos que interiorizar muito bem a CIPE® para fazer este trabalho. Eu acho que agora o mais importante é tu explicares muito bem como é que se fazem os registos com estes impressos... até nem parece complicado. Depois do intervalo vamos analisar alguns que já temos preenchidos. Deves fazer uma avaliação connosco. Se nós vamos ter a formação sobre aquela base de dados já para o mês que vem, temos que antes estar já muito seguros de como é que se utilizam estes impressos.*
>
> *Investigador – O facto de realizarmos a formação sobre a tal base de dados para meter a informação no IGIF, já no mês que vem, só tem a*

> *intenção de vocês poderem ir treinando... ambientando-se à coisa, tal como estão a fazer com estes impressos. Isto que eu estou a ver está muito bem.*
>
> *Y – Filipe, tu dizes isso e pronto... nós ficamos mais motivadas... mas ainda temos dúvidas... eu até já disse que não são dúvidas de enfermagem, dos cuidados que devemos prestar às senhoras. São dúvidas da CIPE®.*
>
> Notas de campo, Setembro de 2004

A formação realizada esteve centrada na problemática da documentação, até porque aquilo que as colegas evidenciavam não era *"... dúvidas de enfermagem, dos cuidados..."*; o que, com toda a certeza, simplificou as questões levantadas. A reflexão sobre os cuidados e tudo aquilo que está antes da documentação exigirá, sem margem para dúvidas, muito mais trabalho e consistência no tempo.

Considerando a necessidade de assegurar a documentação dos dados que integram o RMDE, foram criados para esse fim impressos para cada uma das unidades de cuidados com SIE do tipo I. Conforme se pode constatar no anexo 8, a estrutura adoptada na construção destes instrumentos respeita os princípios básicos dos SIE do tipo II. Por decisão de cada um dos centros de saúde, estes impressos, depois de aprovados pelas respectivas Sub Regiões de Saúde, passaram a integrar os SIE em uso localmente.

Em Outubro e Novembro de 2004, levamos por diante um processo formativo acerca do dispositivo construído pelo IGIF, para a introdução na RIS dos dados de enfermagem oriundos das unidades que utilizavam SIE em suporte de papel. Assim, asseguramos que todos os dados utilizados na segunda fase do projecto fossem centralizados nos serviços do Ministério da Saúde

4.4.3.1.2 O(s) repositório(s) dos dados

A viabilização de RMDE implica o tratamento, organização e armazenamento da informação gerada na prestação de cuidados em repositórios que sejam consistentes com a natureza dos cuidados de enfermagem e as teorias dos sistemas de informação (Mandil, 1991; Hoy & Hardiker, 1999). Como vimos, os SIE do tipo II dão forma aos esforços de compatibilização entre a essência das práticas de enfermagem e as teorias da gestão da informação.

À escala de cada serviço ou unidade de cuidados, os SIE podem ser entendidos como os repositórios dos dados essenciais ao estabelecimento de RMDE. No entanto, quando alargamos a discussão à consolidação de RMDE à escala regional ou mesmo, nacional, vemo-nos confrontados com o imperativo da constituição de um verdadeiro *"Health Data Center"*. Esta central de armazenamento e gestão dos dados da saúde, para além de garantir a sua protecção, facilita a agregação de material de diferentes origens, bem

como a articulação de informação relativa aos vários grupos profissionais.

Os percursos realizados por Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001), definiram as grandes linhas de força que asseguram a incorporação na RIS de informação relativa aos cuidados de enfermagem. Por seu turno, aquilo que resulta da investigação que realizamos, permitirá que a organização dos dados necessários à produção de informação relativa a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem se faça de acordo com critérios padronizados e partilhados por todos os seus potenciais utilizadores.

4.4.3.2 A comparabilidade dos dados

Em termos genéricos, a comparabilidade de dados nos RMDE radica na existência de "*um conjunto mínimo de itens de informação com definições e categorias uniformes...*" (Werley et al., 1991, p. 422). Numa primeira leitura, poderíamos dizer que com a utilização da CIPE® estavam garantidas aquelas definições e categorias uniformes, necessárias à representação do real. Todavia, a comparabilidade de que falamos vai para além da partilha do mesmo vocabulário controlado. Assim, interessa-nos discutir a questão da comparabilidade, desde a viabilização da recolha do resumo mínimo de dados até à produção de sínteses informativas relativas aos cuidados de enfermagem.

4.4.3.2.1 A comparabilidade exacta e a possível

A procura da máxima comparabilidade de dados possível tem sido, desde sempre, uma preocupação para aqueles que têm estado envolvidos nos processos de implementação de RMDE. Em 1990, Werley e seus colaboradores publicaram o primeiro manual com orientações para a recolha dos itens de informação do RMDE, que tinham em desenvolvimento. O principal argumento que justificou esta publicação foi a necessidade de uniformizar os processos de *"... recolha, análise e interpretação"* (Idem, p. 424) da informação que resultava do RMDE. Podemos dizer que desta forma, a questão da comparabilidade do material foi alargada desde os processos de recolha dos dados na origem, até à interpretação dos seus resultados.

Na medida em que tudo aquilo que é prévio à documentação a influencia, é difícil – senão impossível – garantir a "comparabilidade exacta" dos dados de enfermagem. Vale a pena recordar que os RMDE são obtidos a partir da documentação de enfermagem, a qual, em si mesma, é "apenas" uma representação de uma realidade reconhecidamente marcada pela inter – subjectividade. Face ao exposto, restam-nos duas possibilidades: a imobilidade contemplativa da subjectividade ou, em alternativa, conscientes da inter - subjectividade presente nos cuidados de enfermagem e em todas as experiências humanas, procurarmos dar alguma objectividade àquilo que for mais objectivo.

Em estudos anteriores (Pereira, 2001) vislumbramos a riqueza informativa associada aos cuidados de enfermagem, de que é exemplo máximo aquilo que as palavras não dizem, mas importa para os cuidados. Contudo, como nos dizem Hoy & Hardiker (1999), a imprescindível agregação de dados de enfermagem implica sempre a perda de detalhes. Enquanto que a documentação dos cuidados de enfermagem prestados a um cliente concreto deve procurar a tradução mais fiel possível da experiência fenomenológica associada às transições; a produção de sínteses informativas, sob a forma de dados agregados, é sempre de perfil muito mais geral e orientada para a descrição de elementos dos cuidados dirigidos à população ou a grupos de clientes.

O desafio da busca da máxima comparabilidade possível radica numa questão: Que recursos e dispositivos estão disponíveis para garantir que, quer os enunciados utilizados para representar o real, quer as sínteses informativas produzidas, o fazem de forma adequada?

4.4.3.2.2 A(s) Linguagem(s) Classificada(s)

É um aspecto consensual que, sem linguagens classificadas ou vocabulários controlados, é impossível produzir, em larga escala, informação válida e fiável sobre os cuidados de enfermagem. Nos últimos vinte anos, um dos eixos estruturantes do desenvolvimento da CIPE® fundamentou-se na necessidade de *"... comparar e combinar dados oriundos de fontes distintas"* (ICN, 2005, p. 19), por forma a *"projectar tendências nas necessidades dos doentes, prestação de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem"* (Idem, 2002, p. xiii).

Pelas razões a que já aludimos, a versão Beta da CIPE®, actualmente ainda em uso nos SIE embutidos na RIS, é a linguagem classificada utilizada na nomeação dos elementos clínicos de enfermagem do RMDE. No futuro, dadas as posições já assumidas pelo Ministério da Saúde, esta classificação continuará a *"... ser utilizada em todos os aplicativos em que haja prática de Enfermagem"* (Pignatelli, 2006, p. 6). Assim, com esta tomada de posição e com a publicação da Versão 1 da classificação, abrem-se novas oportunidades para a produção e agregação de dados relativos aos cuidados de enfermagem.

A utilização que fazemos da CIPE®, enquanto ferramenta de comparação de dados de enfermagem, filia-se nas tendências actuais de comparação *"a priori".* Esta estratégia radica na utilização generalizada da linguagem classificada na documentação dos dados, no momento da relação de cuidados ("à cabeceira do doente"). Por seu turno, uma comparação de dados "*a posteriori"* radicaria na análise do conteúdo da documentação de enfermagem (não incorporando vocabulários controlados), por equipas de

codificadores, em busca dos dados que pudessem ser incluídos nas categorias necessárias à produção de informação sobre os cuidados. Esta última opção deriva de visões minimalistas de utilização da CIPE® (Nielsen, 1999; Silva, 2001).

A incorporação da CIPE® nos SIE em uso em Portugal, orienta-se por uma visão maximalista de utilização da classificação, dirigida à máxima cobertura dos dados de enfermagem, com o intuito de documentar as particularidades dos cuidados, tendo por base uma lógica de múltiplas combinações dos conceitos disponíveis naquele vocabulário.

Dada a sua estrutura taxonómica, a CIPE® "apenas" nos fornece os termos codificados para a criação dos enunciados compostos, que representam, esses sim, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. Assim, vemo-nos confrontados com a necessidade de discutir a problemática da comparabilidade dos dados, para além da codificação dos blocos semânticos utilizados na composição dos enunciados (conceitos), que representam a matéria-prima das sínteses informativas que se procuram.

Em síntese, podemos afirmar que a CIPE® nos garante um primeiro nível de comparabilidade, ao assegurar a codificação dos blocos semânticos utilizados na construção dos enunciados dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, incluídos no RMDE.

4.4.3.2.3 Para além da codificação dos blocos semânticos utilizados na descrição dos cuidados de enfermagem

No terceiro capítulo tivemos a oportunidade de chamar para discussão a natureza multi – axial CIPE®, sublinhando que os significados dos enunciados que resultam da concatenação dos diferentes termos disponíveis na classificação, vão para além do somatório dos blocos concatenados.

Os dados que integram o RMDE representam a combinação de vários termos. Assim, nesta fase, interessa-nos evoluir para um segundo nível que nos garanta a comparabilidade do resultado da concatenação dos termos classificados na CIPE®. Tomemos o exemplo do foco de atenção – *Dor.* No quadro XXIV apresentamos os enunciados das opiniões clínicas e de duas das intervenções, que sustentam a produção das sínteses informativas orientadas para os *"ganhos expressos na intensidade da percepção da Dor"* e a frequência da sua *"resolução"*.

Quadro XXIV – Dos termos da CIPE® concatenados aos resultados da concatenação

Termos concatenados	**Resultado da concatenação**
Códigos dos termos concatenados	***Opiniões clínicas***
1A. 1.1.1.1.13.1 (Dor) + 1B.1.1.1 (Presente, em grau reduzido)	*Dor em grau reduzido (score 1)*
1A. 1.1.1.1.13.1 (Dor) + 1B.1.1.2 (Presente, em grau moderado)	*Dor em grau moderado (score 2)*
1A. 1.1.1.1.13.1 (Dor) + 1B.1.1.3 (Presente, em grau elevado)	*Dor em grau elevado (score 3)*
1A. 1.1.1.1.13.1 (Dor) + 1B.1.1.4 (Presente, em grau muito elevado)	*Dor em grau muito elevado (score 4)*
Códigos dos termos concatenados	***Intervenções de enfermagem***
2A.3.6 (Posicionar) + 1A.1.1.2 (Pessoa)	*Posicionar a pessoa*
2A.5.1.1 (Instruir) + 2B.2.3.2.6.24 (Técnicas de imaginação guiada)	*Instruir técnicas de imaginação guiada*

Na fase inicial deste projecto de investigação, apesar de existirem muitas intervenções de enfermagem semelhantes, entre as diferentes unidades que utilizavam o SAPE, em cada uma delas, os códigos das intervenções eram diferentes. À medida que fomos evoluindo na definição dos conteúdos do RMDE, entendemos oportuno recodificar todas as intervenções de enfermagem em uso. Desta forma, a partir do verão de 2004, existe um painel de intervenções de enfermagem que partilham os mesmos códigos em toda a RIS. Esta estratégia revelou-se fundamental na criação das condições necessárias à comparabilidade das intervenções de enfermagem (resultados da concatenação de termos da CIPE®) incluídas no RMDE.

Apesar de existir um conjunto comum de intervenções de enfermagem na RIS, continua a ser possível, localmente, cada uma das instituições definir novas intervenções, para além daquelas, de forma a descreverem com toda a propriedade os cuidados prestados.

No que se refere às opiniões clínicas utilizadas na documentação dos diagnósticos e resultados que integram o RMDE, não foi possível proceder à sua recodificação, de forma a garantir a existência de um único código, para cada uma, em toda a RIS. Apesar de tecnicamente possível, este trabalho ainda não foi feito, fundamentalmente por questões que se prendem com a (re)organização dos serviços do IGIF. No futuro, à semelhança daquilo que acontece com as intervenções, o *"Data Center"* da Saúde (DCS) deve assegurar a centralização de todos os conteúdos relativos a um RMDE, no sentido de agilizar os processos de agregação de dados.

A incorporação no SAPE dos conteúdos do RMDE, relativos às opiniões clínicas em que se baseiam os diagnósticos e os resultados de enfermagem, foi feita localmente durante os meses de Novembro de 2004 a Janeiro de 2005. Para isso, recorremos às regras de parametrização definidas por Silva (2001). No que reporta aos serviços que utilizavam SIE em suporte de papel, os respectivos impressos passaram a incluir, *"ipsis verbis"*, todas as sintaxes definidas, quer para as intervenções, quer para os diagnósticos e resultados de enfermagem. A estrutura do SIDE, como não podia deixar de ser, incorporou exactamente os mesmos conteúdos.

Durante os procedimentos de preparação e organização do material, a *"inspecção visual dos dados"* (Schoech et al., 2000, p. 636) revelou-nos a existência de erros que derivavam da ausência de uma estratégia centralizada de parametrização no SAPE dos conteúdos relativos aos diagnósticos e resultados do RMDE. De forma a ultrapassar a falta de um código comum para cada uma das opiniões clínicas, no SAPE, desenvolvemos um conjunto de *"consultas"* sobre os dados, tendentes ao seu mapeamento e correcção de eventuais erros. O quadro seguinte apresenta alguns exemplos ilustrativos deste trabalho.

Quadro XXV – Exemplos de enunciados locais de opiniões clínicas do RMDE com erros, detectados durante a Inspecção dos dados

Enunciado local com erro	**Enunciado do RMDE**
*Aprendizagem de habilidades para proceder **a auto vigilância***	*Aprendizagem de Habilidades para proceder à auto - vigilância*
*Conhecimento sobre exercícios **músculo articulares** activos*	*Conhecimento sobre exercícios músculo-articulares activos*
*Conhecimento do prestador de cuidados sobre **o** auto cuidado: vestuário*	*Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: vestuário*
*Conhecimento sobre a **autoadministração** de medicamentos*	*Conhecimento sobre auto administração de medicamentos*
*Conhecimento sobre **respostas/reacções** aos medicamentos*	*Conhecimento sobre respostas / reacções aos medicamentos*

As *"consultas"* desenvolvidas passaram a integrar os procedimentos de preparação do material recolhido, podendo no futuro vir a ser dispensadas, caso se evolua na centralização do trabalho de parametrização de todos os conteúdos do RMDE.

Afinados os procedimentos que garantem o mapeamento de todos os enunciados utilizados na documentação dos conteúdos clínicos do RMDE, falta-nos explorar o terceiro nível da comparabilidade dos dados.

De acordo com aquilo que foi emergindo com o trabalho realizado, a máxima comparabilidade de dados só é atingida se, para além da partilha da mesma linguagem e da mesma parametrização de conteúdos, assegurarmos a partilha das mesmas estratégias de produção das sínteses informativas que forem sendo consideradas oportunas. Se assim não for, corremos o risco de, em diferentes locais, podermos estar a utilizar os mesmos rótulos para as múltiplas sínteses informativas, mas fazendo uso de estratégias de análise do material distintas. A acontecer, cai por terra um dos requisitos centrais para a produção em larga escala de informação relativa a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

4.4.3.3 A fiabilidade dos dados

O primeiro factor que concorre para a fiabilidade do material de um RMDE é o cumprimento dos seus requisitos de comparabilidade. Sem estar garantida a comparabilidade do material, não podemos nunca assegurar a sua fiabilidade.

O facto dos dados que integram o RMDE, antes de tudo, serem documentados com a intenção de representar de forma fiel a natureza particular dos cuidados prestados a cada cliente, é outros dos elementos que, de forma decisiva, concorre para a confiança que neles podemos ter. Neste contexto, recolocamos os conteúdos do RMDE como uma parte de toda a documentação de enfermagem, processada "à cabeceira do doente"; e postulamos que os desenvolvimentos futuros nesta área se concentrem na implementação de SIE que, para além do mais, também permitam a recolha sistemática de um resumo mínimo de dados.

O "erro nos dados" é um aspecto que pode enfraquecer a sua fiabilidade, pelo que tem sido objecto de discussão para os teóricos do *"Data Mining"*. Podemos falar em dois tipos possíveis de erros no material relativo a um RMDE. Em primeiro lugar, devemos considerar os *"erros no diagnóstico".* Este tipo de erros, para além de ser praticamente impossível de detectar, é inevitável, porque os dados resultam de actividades humanas. Ao trabalharmos com grandes quantidades de informação, este tipo de erros acaba por se diluir na massa dos dados, também porque ocorrem com pouca frequência. A diluição do erro no todo dos dados, parte do postulado de que a documentação de enfermagem é "verdadeira". Este posicionamento apriorístico assume particular relevo em estudos como este.

O segundo tipo de erros que se podem verificar no material, corresponde aos *" dados sem sentido"* (Schoech et al., 2000). Os *"dados sem sentido"* resultam de erros ocorridos na fase de documentação. Normalmente, quando são apresentados aos serviços de origem são catalogados como "disparates". A melhor estratégia de detecção deste tipo de

dados passa pela inspecção visual do material ou a construção de consultas dirigidas à sua busca. No caso dos processos de preparação e organização dos dados desenvolvidos neste projecto, procedemos a um trabalho de inspecção visual, tendo o material alojado em bases de dados, o que nos facilitou os processos de filtragem.

Os *"dados sem sentido"* que encontramos com maior frequência tinham a ver com a inscrição errada de utentes dos Centros de Saúde, nos diferentes "Programas de Saúde". Com efeito, descobrimos adultos com idades na ordem dos 60 a 70 anos inscritos no "Programa de Saúde Infantil"; ou homens associados ao "Programa da Saúde Materna". A literatura recomenda-nos duas estratégias para lidar com este tipo de erros: a remoção dos casos da análise; ou a devolução do material aos serviços de origem para correcção do erro. No nosso caso, não tínhamos possibilidade de devolver os dados à origem, na medida em que o primeiro procedimento de organização do material implicou a recodificação aleatória de todos os casos. Uma vez que os "Programas de Saúde" não são um dado obrigatório da informação registada no SINUS, optámos por remover apenas o "Programa de Saúde", passando estes casos a não incluir aquele dado.

4.4.3.4 A protecção dos dados

A protecção, segurança e confidencialidade da informação que integra um RMDE surge como um requisito essencial de uma política de agregação de dados de enfermagem; facto que não deve ser menosprezado nesta discussão.

A circulação, alojamento e tratamento exclusivo do material na RIS, representa o primeiro factor de promoção da segurança dos dados incluídos no RMDE. Por outro lado, o resumo mínimo de dados em causa não é recolhido exclusivamente para fins de investigação. Aliás, podemos mesmo dizer que, com a consolidação de RMDE em Portugal, *"... os dados pessoais tratados (...) são, originariamente, recolhidos com a finalidade de diagnóstico, prestação de cuidados de saúde e gestão dos serviços..."* (CNPD, 2004, p. 16), o que está de acordo com as disposições legais em vigor. Acresce que os dados são trabalhados de forma anónima, não exigindo qualquer tipo de contacto (actual ou futuro) com os utentes, o que acaba por reforçar a protecção da informação relativa aos cidadãos.

A extracção do material dos SIE locais e a sua imediata recodificação aleatória, para efeitos de organização e modelagem, assegura a impossibilidade de identificação nominal dos utentes, impedindo qualquer tipo de relação posterior dos dados e dos seus resultados com a sua origem individual.

4.5 Sínteses

No final deste capítulo importa relevar os aspectos essenciais que resultam do processo de desenvolvimento do modelo que viabiliza o RMDE e a produção de múltiplas sínteses informativas relativas aos cuidados de enfermagem. Os aspectos centrais a que nos referimos reportam-se à natureza das sínteses informativas ensaiadas; à sua utilidade e relevância nos distintos contextos de acção; à lógica de agregação de dados adoptada; às estratégias de modelagem dos dados que dão forma ao "Padrão de leitura", e por último; aos requisitos associados ao modelo de agregação de dados.

Figura 6 – Ilustração das sínteses relativas à estrutura do modelo de agregação de dados de enfermagem

As sínteses informativas desenhadas resultam da aplicação de um "padrão de leitura" muito concreto, sobre um RMDE específico. Neste contexto, os produtos informacionais de qualquer modelo de agregação de dados de enfermagem está sempre na dependência da quantidade e, essencialmente, da qualidade dos dados que lhe estão na origem. Por outro lado, vale a pena destacar que o potencial associado à existência de RMDE é proporcional às múltiplas possibilidades de leitura do mesmo material, o que nos coloca muito para além do restrito painel de sínteses informativas experimentadas.

Como resulta claro da análise da figura anterior, as sínteses informativas que foram definidas neste percurso são determinadas pela natureza dos propósitos consensualizados para o RMDE, o que lhes confere validade.

Tendo presentes os propósitos consensualizados pelo grupo de discussão para o modelo de agregação de dados, neste projecto foram perspectivadas três grandes tipos de sínteses informativas. As *"frequências dos diagnósticos de enfermagem"* visam traduzir as principais necessidades em cuidados de enfermagem das populações. As *"sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações"* procuram constituir informação relevante acerca do desempenho dos serviços na prevenção de complicações, tidas como muito sensíveis aos cuidados de enfermagem. A grande maioria das sínteses informativas perspectivadas orienta-se para a tradução de *"ganhos em conhecimento"* e *"… aprendizagem de capacidades",* bem como para a frequência de *"resolução"* dos problemas reais experimentados pelos clientes. Nesta linha, vale a pena destacar o significado que a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) assume neste modelo de agregação de dados.

O potencial que decorre das sínteses informativas aqui ensaiadas é optimizado se produzirmos análises conjuntas e articuladas da informação relativa a cada um dos diferentes focos de atenção da prática; na medida em que, por si só, cada uma daquelas sínteses informativas não é capaz de descrever com propriedade o contributo singular dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da população. Como vimos, cada foco de atenção – conceito estruturante do RMDE – tem associado um conjunto de sínteses informativas, orientadas para a tradução dos ganhos em saúde obtidos pela população, no âmbito daquele aspecto de saúde.

A utilidade das diferentes sínteses informativas nos múltiplos contextos de assistência é consistente com os níveis de sensibilidade aos cuidados de enfermagem, de cada um dos vários focos de atenção, encontrados na primeira ronda do estudo Delphi. Quer no hospital, quer no centro de saúde, a relevância de cada uma daquelas sínteses pode ser discutida tendo por referência um eixo estruturado em função do *Ciclo Vital* dos clientes. Assim, podemos falar em informação mais pertinente no contexto do *"Nascer e Crescer"*, outra no âmbito da *"Idade Adulta"* e outra ainda, no contexto do *"Envelhecimento"* (DGS, 2002; 2003).

Relativamente à lógica de agregação de dados adoptada, importa sublinhar a intenção de viabilizar a produção de sínteses informativas capazes de se configurarem como recursos úteis, desde o nível das unidades de cuidados, até aos mais elevados patamares da gestão em saúde. Desta forma, as estratégias de agregação seguidas procuram que, a

partir da informação documentada "à cabeceira do cliente", se faça a agregação ascendente do material, por forma a que as sínteses produzidas se revelem adequadas a múltiplos utilizadores, nos diferentes níveis da escala da governação em saúde.

Os processos envolvidos na progressão de um resumo mínimo de dados até sínteses informativas válidas, exigem todo um conjunto de procedimentos de extracção, e organização do material. Neste quadro, dependendo da natureza da síntese informativa a produzir, uma de três estratégias de organização da informação pode ser aplicada. Estas estratégias dão corpo ao "Padrão de leitura" dos dados que foi desenhado. Na medida em que as sínteses informativas ensaiadas se orientam, maioritariamente, para a tradução de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, a existência de, pelo menos, dois registos relativos a um problema, mediados pela documentação de intervenções do RMDE, constituem elementos centrais para a sua produção.

Vimos que a qualidade dos produtos informacionais, depende da disponibilidade de dados, com requisitos de comparabilidade, que também lhe confiram fiabilidade. No contexto da matriz estrutural do modelo de agregação de dados, o conceito de comparabilidade assenta em três pilares fundamentais: a partilha de uma linguagem classificada para a construção dos enunciados dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; a partilha da mesma parametrização de conteúdos nos SIE locais e; por último, a partilha de um conjunto de procedimentos comuns para a produção das sínteses informativas. Nesta discussão, as questões relativas à protecção dos dados individuais dos clientes não podem ser descuradas. Para isso, o modelo de agregação de dados desenhado incorpora procedimentos capazes de salvaguardar a privacidade e confidencialidade de toda a informação relativa aos cidadãos, tendo por finalidade última a melhoria contínua da qualidade dos cuidados que lhes são prestados.

4.6 Referências

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. (2002) - *Introdução à epidemiologia*. Rio de Janeiro: 3ª ed., Medsi

BITTAR, O. (2001) – *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*; Revista de Administração em Saúde. 3 (12), p. 21 - 28

CAMPOS, C; RAMOS, F (2005) – Contas e Ganhos na Saúde em Portugal: dez anos de percurso. In: *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*. Lisboa: Casa das Letras, p. 159-254

CARNEVALI, D.; THOMAS, M. (1993) – *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing.* Philadelphia: J. B. Lippincott Company

COLLIÈRE, M. (1989) – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE DADOS (2004) – *Relatório de Auditoria ao Tratamento de Informação de Saúde dos Hospitais (Relator: Guerra, A. – Novembro de 2004)*. On line: http://www.CNPD.pt/bin/relatorio.final.pdf, em 11-01-2005

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

ERIKSEN, L.; TURLEY, J.; DENTON, D.; MANNING, S. (1997) – Data Mining: A Strategy for Knowledge Development and Structure in Nursing Practice. In GERDIN, U.; WAINWRIGHT, P.; TALLBERG, M. – *Nursing Informatics' 97, The Impact of Nursing Knowledge and Health Care Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 383 – 388

FORD, P.; WALSH, M. (1995) – *New rituals for old: nursing through the looking glass*. Oxford: Butterworth – Heinemaann

GOMES PEREIRA, M. (1995) – *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

HOY, D.; HARDIKER, N. (1999) – Representing Nursing: the Puzzle of Language and Classification. In MORTENSEN, R. A. – *ICNP and Telematic Applications for Nurses in Europe – The Telenurse Experience*. Amsterdam: IOS Press, p. 66 – 74

ICN (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

JENSDÓTTIR, A. B.; RANTZ, M.; HJALTADÓTTIR, I.; GUOMUNDSDÓTTIR, H.; ROOK, M.; GRANDO, V. (2003) – *International comparison of quality indicators in United States, Iceland and Canadian nursing facilities*, International Nursing Review. 50, p. 79 - 84

JOINT COMMISSION (1989) – *Agenda for change – Characteristics of Clinical Indicators*; Quality Review Bulletin. 15 (11)

LOCSIN, R. (2002) – *Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice?*; Holistic Nursing Practice. 16 (2), p. 1 – 4

LORRAINE, B. (1992) – *User's guide to 40 community health indicators*. Otawa: National Health Information Council

LOSEE, R. M. (1997) – *A Discipline Independent Definition of Information*; Journal of the American Society for Information Science. 48 (3), p. 254 – 269

MAAS, M. L.; JOHNSON, M.; MOORHEAD, S. (1996) – *Classifying nursing-sensitive patient outcomes*; IMAGE – Journal of Nursing Scholarship. 28 (4), p. 295 – 301

MANDIL, S. (1991) – Health Informatics should influence, and be influenced by its key components: The example of nursing informatics. In HOVENGA, E.; HANNAH, K.; McCORMIK, K.; RONALD, J. – *Nursing Informatics' 91, Proceedings of the Fourth International Conference on Nursing Use of computers and Information Science*. New York: Springer Verlag, p. 21 - 28

MARIN, H. F.; RODRIGUES, R.; DELANEY, C.; NIELSEN, G. H.; YAN, J. (2001) – *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. Washington, D. C.: Pan American Health Organization

MELEIS, A I., SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. (2000) – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*; Advances in Nursing Science. September, p. 13 – 28

MELEIS, A. I. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins

NIELSEN, G. (1999) – Telenurse Introduction to β – ICNP®. In *Research and Technology Development project HC4029: Telematic Applications for Nurses: Integration and Dissemination of European Nursing Terminology in Information Technology*. Copenhagen: Danish Institute for Health and Nursing Research

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Dezembro

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2003) – *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999 / 2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

PEREIRA, F. (2001) – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem.* Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PIGNATELLI, C. (2006) – *A CIPE® vai ser usada em todos os aplicativos em que haja a prática de Enfermagem – (Entrevista)*, Revista da Ordem dos Enfermeiros. 21 (Abril), p. 4 - 9

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2002) – *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2003) – *Plano Nacional de Saúde*. On line: http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf

RANTZ, M.; ZWYGART-STAUFFACHER, M.; POPEJOY, L.; GRANDO, V.; MEHR, D.; HICKS, L.; CONN, V.; WIPKE-TEVIS, D.; PORTER, R.; BOSTICK, J.; MAAS, M. (1999) – *Nursing Home Care Quality: A Multidimensional Theoretical Model Integrating The Views of Consumers and Providers*; Journal of Nursing Care Quality. 14 (1), p. 16 – 37

ROTHMAN, K. J., GREENLAND, S. (1998) – *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven

SCHOECH, D.; QUINN, A.; RYCRAFT, J. (2000) – *Data Mining in Child Welfare*, Child Welfare. LXXIX (5), p. 633 - 650

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, A. (2003) – Concepção de cuidados e tomada de decisão. In: *Colectânea de comunicações no 6.º Simpósio do Serviço de Enfermagem dos HUC*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, p. 77-87

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

SPILSBURY, K.; MEYER, J. (2001) – *Defining nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles*; Journal of Clinical Nursing. 10, p. 3 – 14

VIEIRA, S. (1981) – *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Editora Campus

WERLEY, H; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. (1991) – *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*; AJPH. 81 (4), p. 421 – 426

YAM, B. (2004) – *From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing*, British Journal of Nursing. 13 (16), p. 978 – 982

ZORRINHO, C. (1999) – *O mundo virtual: Cadernos de Gestão dos Sistemas e Tecnologias da Informação Henrique Marcelino, n.º 7 (Março)*. Amadora: Instituto de Informática

5 RMDE: entre os modelos em uso e o modelo exposto

Depois de termos explorado as questões relativas aos propósitos e estrutura substantiva do RMDE, bem como os procedimentos envolvidos na sua progressão até um painel de sínteses informativas relativas aos cuidados de enfermagem, importa agora considerar os elementos essenciais que resultam da segunda parte do estudo realizado.

Durante a primeira parte do projecto foram recorrentes as discussões em torno do *"RMDE ideal"* e o *"RMDE possível"* ou real. À medida que a segunda fase do projecto foi decorrendo, começou a ficar para nós clara a distância entre aquilo que é do domínio do *"ideal"* e aquilo que se inscreve no quotidiano *"real"*. As eventuais diferenças encontradas entre o "modelo exposto" e os "modelos em uso", em termos da produção dos dados relativos aos conteúdos representados no RMDE definido, podem constituir pretextos muito interessantes para a exploração dos factores envolvidos nos processos sistemáticos e regulares de recolha e análise de um RMDE. Assim, neste capítulo pretendemos descrever o hiato existente entre os "modelos em uso" de produção de dados relativos aos cuidados e o modelo que surge associado ao RMDE desenvolvido. Por outro lado, interessa-nos identificar os factores ou contingências que nos ajudam a explicar a distância que vai dos "modelos em uso" ao "modelo exposto". Em termos metodológicos, recorremos a parte do material que resultou do estudo exploratório de perfil quantitativo, realizado entre Março e Outubro de 2005, bem como ao conteúdo dos trabalhos do grupo de discussão e das notas de campo.

O "modelo exposto" refere-se aos fundamentos e conteúdos que surgem associados ao modelo de agregação de dados; sendo traduzido pelos discursos dos participantes acerca da problemática, estando expresso nos dois capítulos anteriores. É aquilo em que os envolvidos acreditam e desejam relativamente à realidade (Argyris & Schon, 1974; cit. por Anderson, 1997), pelo que traduz o *"RMDE ideal".* Os "modelos em uso", naquilo que se reporta ao objecto desta investigação, podem ser inferidos a partir da documentação regular dos cuidados, uma vez que estão implícitos naquilo que as pessoas fazem no seu dia - a - dia, sendo, por isso, muitas vezes designadas por *"teorias do quotidiano"* (Smith, 2001).

A utilidade da exposição de um modelo fundamenta-se na constituição de uma linha no horizonte que tende a impelir-nos para a acção e para a mudança (Argyris, 1993), na medida em que nos convida a colocar em diálogo aquilo que desejamos e a forma como realmente agimos (Smith, 2001). Dentro desta perspectiva, o estudo realizado por Basto

sugere que a identificação e a análise das "teorias em uso", *"... poderão dar indicações sobre o tipo de estratégias de mudança a utilizar"* (1998, p. 161), por forma a aproximá-las do "modelo exposto".

Apesar do relatório fornecido em Maio de 2006 à ARS do Norte e a cada uma das Unidades de cuidados envolvidas no projecto apresentar os resultados do material recolhido, entre Março e Outubro de 2005, tendo por referência cada um dos serviços, instituições e Sub Regiões de Saúde; aqui centramos a análise no contexto do Hospital e do Centro de Saúde e, dentro de cada um deles, nas particularidades que se revelarem mais oportunas. Desta forma, mantemos a linha utilizada nos dois capítulos anteriores, o que facilitará a concretização dos objectivos declarados. Por outro lado, esta opção visa orientar a discussão para aspectos mais gerais, aumentado assim o capital de transferência dos resultados para outras realidades. Acreditamos que a análise exaustiva de cada uma das micro-realidades (i.e.: serviços hospitalares e centros de saúde) configura o próximo passo dos trabalhos a desenvolver localmente, tendo sempre como finalidade última a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

5.1 O(s) contexto(s)

Como já tivemos oportunidade de referir no enquadramento metodológico do projecto, o estudo exploratório que realizamos durante 8 meses de 2005, envolveu 10 Centros de Saúde, o que totaliza 18 extensões de saúde. Dos 7 Hospitais que iniciaram o estudo, 6 mantiveram a colaboração durante a segunda fase do projecto, perfazendo um total de 22 serviços de internamento. Na tabela seguinte apresentamos a distribuição do número de serviços hospitalares pelos domínios de assistência que utilizamos neste estudo.

Tabela 26 – Distribuição dos serviços hospitalares envolvidos no Estudo Exploratório, pelos Domínios de assistência

Distribuição dos Serviços Hospitalares pelos Domínios de assistência	
Domínio	**N.º de Serviços**
Cirurgia	*4*
Criança	*2*
Especialidades Cirúrgicas	*2*
Especialidades Médicas	*2*
Medicina	*7*
Mulher	*2*
Ortopedia	*2*
UCI	*1*
Total	***22***

Se agregarmos os diferentes domínios hospitalares, em função das áreas de assistência ao Adulto e de assistência Materno – Infantil (Mulher e Criança), percebemos que apenas

4 serviços fazem parte desta última. Isto acontece apesar dos serviços médicos e cirúrgicos prestarem cuidados a clientes do sexo feminino. No domínio exclusivo da Mulher englobamos unicamente serviços de Ginecologia e Obstetrícia.

Como veremos adiante, este perfil de distribuição influencia de forma significativa a constituição da amostra de dados que resulta do estudo exploratório.

5.2 Os processos de recolha de dados

A recolha dos dados que sustentam o estudo exploratório de perfil quantitativo que desenvolvemos implicou, antes de tudo, a documentação por parte dos enfermeiros, no momento da relação de cuidados, do conjunto mínimo de dados necessários à produção das sínteses informativas consideradas pertinentes. Conforme o tipo de suporte do SIE em uso localmente, os dados passavam a estar de imediato na RIS – no caso dos contextos que utilizavam o SAPE –, ou eram posteriormente introduzidos nos serviços do IGIF – Norte, através do interface SIDE – no particular das unidades que utilizam SIE suportados em papel. Conforme se pode constatar da leitura da tabela seguinte, a grande maioria do material incorporado no estudo exploratório realizado foi proveniente de contextos que utilizavam os SIE já embutidos na estrutura da RIS.

Tabela 27 – Estratégias de recolha dos dados para o Estudo Exploratório

Recolha dos dados		
Estratégia	**N**	**%**
SAPE	*77901*	*87,90*
SIDE	*10727*	*12,10*
Total	**88628**	**100,00**

Os processos de extracção, organização e modelagem dos dados seguiram os pressupostos discutidos no capítulo anterior.

Os dados relativos a Janeiro e Fevereiro de 2005, dos serviços que utilizavam SIE em suporte de papel, foram alvo de uma análise preliminar com o intuito de aumentar a fiabilidade da utilização do SIDE.

Em Junho de 2005, apresentamos ao grupo de discussão uma "versão *draft*" do tratamento do material resultante dos três primeiros meses de colheita de dados (Março / Maio). Com este procedimento construímos um conjunto de questões pretexto para as reflexões empreendidas no seio do grupo de discussão, acerca das condições de produção e factores envolvidos na recolha do RMDE.

5.2.1 Caracterização da amostra

Tendo presentes os princípios de organização e leitura dos dados que definimos, a

amostra estudada é constituída por 88628 casos, o que corresponde a 73265 utentes dos centros de saúde e 15363 episódios de internamento hospitalar.

Tabela 28 – Distribuição dos casos do Estudo Exploratório, por Tipo de Unidade

Distribuição dos casos por Tipo de Unidade		
Tipo de Unidade	**N**	**%**
Centro de Saúde	*73265*	*82,67*
Hospital	*15363*	*17,33*
Total	**88628**	**100,00**

Com a excepção de sete contextos de cuidados muito concretos, os casos em estudo correspondem à totalidade dos episódios de internamento dos serviços hospitalares e ao conjunto de todos os utentes atendidos nos centros de saúde, pelos enfermeiros, no período em análise.

Os sete contextos com particularidades referem-se a algumas unidades que utilizavam SIE em suporte de papel, totalizando 2164 casos (2,44% do total da amostra). As razões que justificam este carácter de excepção prendem-se com dificuldades locais de introdução na RIS de todos os dados relativos à assistência de enfermagem. Os dados disponíveis em relação ao centro de saúde de Arcos de Valdevez (1355 casos) dizem respeito à totalidade dos utentes envolvidos nos Programas de Saúde da Mulher, Planeamento familiar, Puerpério e Saúde Materna. Em relação aos centros de saúde de Santo Tirso (127 casos) e Urgeses (162 casos), os casos incluídos na nossa amostra correspondem à totalidade dos utentes atendidos no âmbito da Saúde Materna. Por sua vez, o conjunto de dados relativo aos Centro de Saúde do Mogadouro (131 casos) e Murça (347), dizem respeito à totalidade dos utentes atendidos, no período, apenas nas extensões de saúde de Bemposta e Candedo, respectivamente. No que se refere ao serviço de Cirurgia do Hospital de Chaves (32 casos) e ao Centro de Saúde do Vimioso (10 casos), os casos incluídos no estudo resultam da documentação de enfermagem baseada na CIPE® e com requisitos de comparabilidade.

Nos Centros de Saúde, nem todos os utentes estão inscritos num dos Programas de Saúde; o que justifica que na nossa amostra, cerca de metade dos utentes deste contexto de cuidados (48,81%) se apresentem “sem Programa de Saúde” (Tabela 29).

Os Programas de Saúde que utilizamos, para efeitos desta análise, resultam da uma agregação que fizemos com base nas orientações em vigor na Direcção Geral da Saúde. Desta forma e a título de exemplo, os “Grupos de Risco” englobam os programas de controlo da “Hipertensão Arterial” e da “Diabetes”; enquanto que sob a designação de “Domicílio” se encontram programas como a “Visita domiciliária” e o “Apoio domiciliário integrado”.

Tabela 29 – Distribuição dos casos do Centro de Saúde pelos principais Programas de Saúde

Distribuição dos casos por Programa de Saúde		
Programa de Saúde	**N**	**%**
Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias	*257*	*0,35*
Domicilio	*581*	*0,79*
Grupos de Risco	*6984*	*9,53*
Idosos E Dependentes	*2416*	*3,30*
Saúde do Adulto	*5502*	*7,51*
Saúde Infanto Juvenil	*7186*	*9,81*
Saúde Reprodutiva	*14579*	*19,90*
(sem Programa de Saúde)	*35760*	*48,81*
Total	**73265**	**100,00**

Conforme se pode ler na tabela anterior, a "Saúde Reprodutiva", a "Saúde Infanto Juvenil" e os "Grupos de Risco" constituem os principais programas de assistência nos cuidados de saúde primários.

A tabela 30 sintetiza a distribuição dos episódios de internamento, em função dos principais Domínios de assistência hospitalar.

Tabela 30 – Distribuição dos casos do Hospital pelos principais Domínios de assistência

Distribuição dos casos por Domínio		
Domínio	**N**	**%**
Cirurgia	*3334*	*21,70*
Criança	*1432*	*9,32*
Especialidades Cirúrgicas	*865*	*5,63*
Especialidades Médicas.	*781*	*5,08*
Medicina	*5497*	*35,78*
Mulher	*1093*	*7,11*
Ortopedia	*2058*	*13,40*
UCI	*303*	*1,97*
Total	**15363**	**100,00**

Naquilo que se reporta à distribuição dos casos incluídos na nossa amostra pelos principais Domínios de assistência hospitalar, podemos constatar que cerca de 40% dos episódios de internamento são provenientes dos serviços de Medicina e Especialidades Médicas. De forma coincidente, os serviços de carácter Cirúrgico também representam cerca de 40% dos casos do hospital; enquanto que o contexto da Saúde Materno – Infantil (Criança e Mulher) representa 16,43% dos episódios.

5.2.1.1 Descrição da amostra

Na descrição da amostra, usando estatística descritiva, recorremos a medidas de tendência central e de variabilidade (Levin, 1987; Silva, 1994). Utilizamos variáveis relativas aos sujeitos e variáveis relativas aos serviços. Na sequência da linha que temos

vindo a fazer, organizamos o material tendo por referência os dois Tipos de Unidade – Hospital e Centro de Saúde – e, dentro destes, os Domínios de assistência ou os Programas de Saúde, respectivamente.

5.2.1.1.1 Dados relativos aos clientes

A idade e o sexo são as duas variáveis a que recorremos para caracterizar os clientes a quem dizem respeito os 88628 casos incluídos na nossa amostra. Do total da amostra, 136 casos não incluem as variáveis relativas aos sujeitos, na medida em que os registos estão associados a um processo familiar e não a um indivíduo. Assim, a família é o portador e o alvo dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem documentadas. Esta é uma tendência da documentação de enfermagem nos centros de saúde, já salvaguardada na RIS, traduzindo mais um sinal da crescente sensibilidade para a figura do "Enfermeiro de Família", pelo que foi incorporada no modelo de agregação de dados que desenvolvemos. No futuro, este facto acabará por implicar a discussão, e incorporação nos protocolos da RIS, de itens de informação que, de acordo com a melhor evidência disponível, nos possam ajudar a caracterizar os clientes – "Família". Referimo-nos a aspectos como o *"tipo de família"*, a *"fase / tarefas do ciclo de vida familiar"* ou os *"rendimentos familiares"*; dimensões que atravessam os diferentes modelos de caracterização das famílias, descritos na literatura (Gilliss, 1989; Friedman, 1998; OMS, 2001).

5.2.1.1.1.1 Idade

A variável idade resulta da diferença estabelecida entre a data de nascimento e a data do último dia do período a que se refere a análise (31 de Outubro de 2005), sendo apresentada em anos e incorporando casas decimais.

Em média, os clientes submetidos a internamento hospitalar são mais velhos que os clientes atendidos nos centros de saúde, o que pode ter sido influenciado pelo facto de cerca de um terço dos episódios de internamento serem referentes a serviços de Medicina.

A tabela seguinte sintetiza a distribuição dos casos provenientes dos centros de saúde, em função dos Programas de Saúde e da idade.

Tabela 31 – Caracterização dos casos relativos aos Programas de Saúde dos Centros de Saúde, quanto à idade

Programa Saúde	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Controlo de Doenças Infecciosas	*39,22 (15,83)*	*1,47 - 84,14*
Domicilio	*75,15 (14,90)*	*0,10 - 99,05*
Grupos de Risco	*65,05 (11,95)*	*5,49 - 100,54*
Idosos e Dependentes	*75,85 (8,45)*	*12,86 - 103,77*
Saúde do Adulto	*46,86 (12,55)*	*17,85 - 89,15*
Saúde Infanto Juvenil	*5,39 (4,83)*	*0,10 - 18,73*
Saúde Reprodutiva	*33,15 (9,08)*	*15,46 - 68,81*
(sem Programa de Saúde)	*43,19 (23,21)*	*0,11 - 103,80*

Os valores encontrados para a idade são congruentes com as faixas etárias dos utentes inscritos nos diversos Programas de Saúde, dada a associação destes ao ciclo vital, o que é corroborado pela variabilidade da idade em cada um dos programas. Os valores mínimos de idade encontrados, no contexto dos centros de saúde envolvidos no projecto, podem ser explicados pelo facto de, hoje em dia, as vacinas "*anti* Tuberculose", com Bacilo de *Calmette Guérin* (BCG), e "*anti* Hepatite B" serem administradas, desde logo, nos serviços de obstetrícia. Por outro lado, segundo informação dos serviços, normalmente, a realização do diagnóstico precoce para as doenças hereditárias do metabolismo (i. e.: *"Teste do pezinho"*) é registada no processo individual da mãe. Desta forma, o "primeiro" contacto das crianças com o centro de saúde ocorre ao fim do primeiro mês de vida.

Naquilo que diz respeito aos vários domínios de assistência hospitalar, mantém-se uma relação directa entre os valores encontrados para a idade e a natureza dos serviços em questão. Vale a pena notar que, pelo facto da maioria dos hospitais envolvidos no estudo ser de cariz distrital, os serviços de adultos podem, pontualmente, assistir crianças, o que explica os valores mínimos de idade encontrados nos domínios cirúrgicos.

Tabela 32 – Caracterização dos casos relativos aos Domínios de assistência hospitalar, quanto à idade

Domínio	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Cirurgia	*54,96 (19,86)*	*0,76 - 104,62*
Criança	*1,93 (3,09)*	*0,01 - 13,11*
Esp. Cir.	*41,42 (25,12)*	*1,94 - 91,07*
Esp. Med.	*61,17 (15,22)*	*18,89 - 98,41*
Medicina	*68,11 (16,94)*	*13,48 - 100,87*
Mulher	*33,82 (11,11)*	*16,01 - 86,61*
Ortopedia	*47,03 (21,57)*	*0,57 - 100,84*
UCI	*66,50 (15,06)*	*18,07 - 90,14*

Em termos de idade, os domínios da Criança e da Mulher são aqueles em que se verifica uma menor variabilidade, o que se fundamenta na grande especificidade destes contextos de cuidados.

5.2.1.1.1.2 Sexo

A variável sexo foi recolhida com base nos protocolos em vigor na RIS. No Centro de Saúde existem 136 casos que não apresentam registos relativos a este atributo, na medida em que reporta dados relativos a processos familiares, facto que consideramos como "Não aplicável" (NA). Posto isto, procedemos à caracterização da amostra em função da distribuição das frequências verificadas, nos diferentes contextos.

A Tabela 33 descreve a distribuição dos casos que compõem a amostra, em função do Tipo de Unidade e do Sexo.

Tabela 33 – Distribuição dos casos relativos ao Centro de Saúde e ao Hospital, quanto ao sexo

Distribuição dos casos por Tipo de Unidade e Sexo			
Tipo Unidade	**Sexo**	**N**	**%**
CS	*(NA)*	*136*	*0,19*
	Masculino	*24504*	*33,45*
	Feminino	*48625*	*66,37*
H	*Masculino*	*8083*	*52,61*
	Feminino	*7280*	*47,39*

No Centro de Saúde cerca de dois terços da amostra são mulheres, enquanto no Hospital os casos distribuem-se praticamente de forma equitativa.

Quando olhamos para a distribuição dos casos provenientes dos centros de saúde, em função dos vários Programas e do sexo (Tabela 34), constatamos que no Programa de Saúde Reprodutiva começam a surgir alguns homens, o que pode ser explicado pelo crescente envolvimento destes nas consultas de Planeamento Familiar e nas actividades de Preparação Psicoprofilática para o Parto. Os dados relativos aos utentes que não estão inscritos em nenhum dos programas de saúde ou estão vinculados à Saúde Infanto Juvenil revelam uma distribuição equitativa.

Tabela 34 – Distribuição dos casos relativos aos Programas de Saúde dos Centros de Saúde, quanto ao sexo

Distribuição dos casos por Programa de Saúde e Sexo			
Programa Saúde	**Sexo**	**N**	**%**
(sem Programa de Saúde)	*(NA)*	*136*	*0,35*
	Masculino	*16258*	*42,37*
	Feminino	*21977*	*57,28*
Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias	*Masculino*	*161*	*62,65*
	Feminino	*96*	*37,35*
Domicilio	*Masculino*	*217*	*37,35*
	Feminino	*364*	*62,65*
Grupos De Risco	*Masculino*	*2628*	*37,63*
	Feminino	*4356*	*62,37*
Idosos E Dependentes	*Masculino*	*933*	*38,62*
	Feminino	*1483*	*61,38*
Saúde Do Adulto	*Masculino*	*2018*	*36,68*
	Feminino	*3484*	*63,32*
Saúde Infanto Juvenil	*Masculino*	*3632*	*50,54*
	Feminino	*3554*	*49,46*
Saúde Reprodutiva	*Masculino*	*70*	*0,48*
	Feminino	*14509*	*99,52*

Nos restantes programas de saúde, verificamos que cerca de dois terços dos utentes são mulheres, o que alinha com a distribuição geral da variável sexo no Centro de Saúde.

Na tabela seguinte apresentamos a distribuição dos casos provenientes do Hospital, em função do sexo, pelos vários domínios de assistência.

Tabela 35 – Distribuição dos casos relativos aos Domínios de assistência hospitalar, quanto ao sexo

Distribuição dos casos por Domínio e Sexo			
Domínio	**Sexo**	**N**	**%**
Cirurgia	*Masculino*	*1996*	*59,87*
	Feminino	*1338*	*40,13*
Criança	*Masculino*	*758*	*52,93*
	Feminino	*674*	*47,07*
Especialidades Ciúrgicas	*Masculino*	*527*	*60,92*
	Feminino	*338*	*39,08*
Especialidades Médicas	*Masculino*	*497*	*63,64*
	Feminino	*284*	*36,36*
Medicina	*Masculino*	*3034*	*55,19*
	Feminino	*2463*	*44,81*
Mulher	*Feminino*	*1093*	*100,00*
Ortopedia	*Masculino*	*1103*	*53,60*
	Feminino	*955*	*46,40*
UCI	*Masculino*	*168*	*55,45*
	Feminino	*135*	*44,55*

Nos domínios da Criança, Medicina, Ortopedia e UCI existe uma distribuição equivalente dos casos, em função do sexo. Nos restantes contextos, com a natural excepção do domínio da Mulher, verificamos uma tendência para um maior número de episódios de internamento de homens.

5.2.1.1.2 Dados relativos aos serviços

Enquanto que as variáveis relativas aos sujeitos têm igual pertinência no Centro de Saúde e no Hospital, as variáveis relativas aos serviços, que utilizamos para caracterizar a nossa amostra, têm especificidades. Naquilo que se refere aos centros de saúde, utilizamos a variável “Número de contactos”; no que respeita aos hospitais, recorremos à “Duração dos episódios de Internamento” e aos “Diagnósticos médicos principais”.

5.2.1.1.2.1 Número de Contactos (Centro de Saúde)

Os contactos são um elemento estruturante da lógica de organização da informação nos SIE embutidos na RIS. Por esta razão, este é um item de informação disponível nas bases de dados da saúde, o qual nos pode dar uma noção muito clara da taxa de utilização dos serviços de enfermagem, pela população que recorre aos serviços dos centros de saúde. O “número de contactos” que usamos nesta caracterização, baseia-se numa contagem automática que a estrutura do modelo de agregação de dados desenvolvido incorpora. É traduzido por um número inteiro e representa a totalidade dos contactos de enfermagem realizados por cada utente no período em análise.

A tabela seguinte sintetiza as medidas estatísticas utilizadas na caracterização dos casos do Centro de Saúde, em função do número de contactos de enfermagem realizados.

Tabela 36 – Caracterização dos casos relativos ao Centro de Saúde, quanto ao número de contactos de enfermagem realizados

Tipo Unidade	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
CS	*3,89 (7,77)*	*1,00 - 265,00*

De acordo com o valor da mediana encontrado, podemos afirmar que metade dos utentes atendidos nos centros de saúde tiveram até 2 contactos de enfermagem. Em média, cada utente teve cerca de 4 contactos, durante os 8 meses em que decorreu o estudo exploratório. Quando nos debruçamos sobre os valores relativos ao número de contactos realizados, tendo em consideração os distintos Programas de Saúde, podemos afirmar que o Controlo de Doenças Infecciosas (…), os Domicílios e o programa dirigido aos Idosos Dependentes são as áreas onde, em média, se verifica o maior número de contactos de enfermagem e que apresentam maior variabilidade. Estes valores podem ser explicados pela necessidade de controlo intensivo das situações de saúde que surgem associadas àqueles programas de assistência.

Tabela 37 – Caracterização dos casos relativos aos Programas de Saúde dos Centros de Saúde, quanto ao número de contactos de enfermagem realizados

Programa Saúde	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
(sem Programa S.)	*3,00 (5,99)*	*1,00 - 225,00*
Controlo de Doenças…	*22,13 (36,52)*	*1,00 - 173,00*
Domicilio	*12,48 (21,11)*	*1,00 - 140,00*
Grupos de Risco	*7,93 (12,29)*	*1,00 - 265,00*
Idosos e Dependentes	*10,40 (17,40)*	*1,00 - 169,00*
Saúde do Adulto	*3,99 (5,22)*	*1,00 - 108,00*
Saúde Infanto Juvenil	*2,71 (2,19)*	*1,00 - 19,00*
Saúde Reprodutiva	*2,91 (3,45)*	*1,00 - 132,00*

No âmbito do Hospital, recorremos à caracterização dos serviços em função da duração dos episódios de internamento e dos principais diagnósticos médicos documentados.

5.2.1.1.2.2 Duração dos Episódios de Internamento (Hospital)

A duração dos episódios de internamento é um dado recolhido de forma regular pelos hospitais portugueses. Tem sido usada como um indicador importante dos perfis de assistência e das taxas de utilização dos serviços. Esta variável resulta da diferença entre as datas de termo e de início de cada internamento, sendo expressa em dias.

Tabela 38 – Caracterização dos casos relativos ao Hospital, quanto à duração dos episódios de internamento

Tipo Unidade	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
H	*6,78 (8,24)*	*0,00 - 198,00*

Conforme se pode ler na tabela anterior, em média, os episódios de internamento hospitalar duram 6,78 dias e têm uma variabilidade média de 8,24 dias. Cerca de metade dos episódios de internamento durou até 4 dias. O valor mínimo encontrado (0 dias) decorre do facto de alguns doentes serem admitidos e terem alta no mesmo dia, em particular quando são sujeitos a estudos auxiliares do diagnóstico médico ou a pequenas cirurgias.

Os domínios da UCI e da Medicina são aqueles que apresentam uma duração média dos episódios de internamento maior; enquanto que os contextos das Especialidades Cirúrgicas e da Mulher estão no pólo oposto (Tabela 39).

Tabela 39 – Caracterização dos casos relativos aos Domínios de assistência hospitalar, quanto à duração dos episódios de internamento

Domínio	Média (Desvio Padrão)	Min. – Max.
Cirurgia	*6,48 (8,66)*	*0,00 - 127,00*
Criança	*3,75 (4,07)*	*0,00 - 80,00*
Esp. Cir.	*3,19 (3,97)*	*0,00 - 40,00*
Esp. Med.	*7,30 (7,28)*	*0,00 - 67,00*
Medicina	*9,01 (8,28)*	*0,00 - 169,00*
Mulher	*3,34 (4,73)*	*0,00 - 130,00*
Ortopedia	*4,84 (6,45)*	*0,00 - 100,00*
UCI	*18,39 (19,39)*	*0,00 - 198,00*

A UCI e a Medicina, agora a par com o Domínio da Cirurgia, também apresentam as maiores variabilidades médias na duração dos internamentos.

5.2.1.1.2.3 Diagnóstico médico principal (Hospital)

Os principais diagnósticos médicos constituem um dado relevante na caracterização dos episódios de internamento hospitalar. Este é um item de informação regularmente utilizado nas estatísticas oficiais, pelo que a sua recolha há muito que está formalizada. No quadro desta dissertação, recorremos aos principais diagnósticos médicos documentados nos Sistemas de Informação Médicos, agregados ao segundo nível conceptual do ICD-9; classificação em uso, à data do estudo.

Tabela 40 – Distribuição dos casos relativos ao Hospital, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Hospital		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Doenças do Aparelho Circulatório	*2469*	*16,07*
(sem Diagnóstico médico)	*2216*	*14,42*
Doenças do Aparelho Digestivo	*2050*	*13,34*
Doenças do Aparelho Respiratório	*2027*	*13,20*
Tumores (Neoplasmas)	*935*	*6,09*
Outros	*5666*	*36,88*
Total	**15363**	**100,00**

Para efeitos da caracterização da nossa amostra, apresentamos apenas os cinco grupos de diagnósticos médicos principais mais frequentes, na medida em que, em termos acumulados, este conjunto representa a maioria dos episódios de internamento. Tal como se pode verificar na tabela anterior, vale a pena destacar que cerca de 14% dos episódios de internamento não têm documentado qualquer diagnóstico médico (Tabela 40).

Nas tabelas seguintes apontamos os cinco diagnósticos médicos principais, em cada um dos domínios de assistência hospitalar.

Tabela 41 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Cirurgia, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Cirurgia		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Doenças do Aparelho Digestivo	*1594*	*47,81*
(sem Diagnóstico médico)	*443*	*13,29*
Tumores (Neoplasmas)	*439*	*13,17*
Doenças Do Aparelho Circulatório	*303*	*9,09*
Outros Acidentes	*144*	*4,32*
Outros	*411*	*12,32*
Total	**3334**	**100,00**

Na cirurgia, cerca de metade dos episódios de internamento têm como diagnóstico médico principal um problema do âmbito das Doenças do Aparelho Digestivo.

Tabela 42 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Criança, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Criança		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Produto do Parto	*708*	*49,44*
Doenças do Aparelho Respiratório	*247*	*17,25*
(sem Diagnóstico médico)	*210*	*14,67*
Doenças Infecciosas e Parasitarias	*100*	*6,98*
Doenças Do Aparelho Genito-Urinario	*46*	*3,21*
Outros	*121*	*8,45*
Total	**1432**	**100,00**

Nas unidades de cuidados consideradas, duas em cada três crianças internadas padecem de um problema médico com origem no período neonatal ou de uma doença do foro respiratório.

No contexto das Especialidades Cirúrgicas, constatamos que os grupos de diagnósticos médicos principais mais frequentes guardam uma relação directa com os serviços agregados sob aquela designação (Tabela 43).

Tabela 43 – Distribuição dos casos relativos ao domínio das Especialidades Cirúrgicas, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Especialidades Cirúrgicas		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Doenças do Aparelho Respiratório	*258*	*29,83*
Doenças do Aparelho Genito-Urinario	*231*	*26,71*
(sem Diagnóstico médico)	*131*	*15,14*
Doenças Sistema Nervoso E Órgãos dos Sentidos	*127*	*14,68*
Tumores (Neoplasmas)	*71*	*8,21*
Outros	*47*	*5,43*
Total	**865**	**100,00**

Assim, as Doenças do Aparelho Respiratório englobam toda a gama de problemas de ORL, enquanto que as Doenças do Aparelho Genito – Urinário e dos Órgãos dos Sentidos estão associadas à Urologia e à Oftalmologia, respectivamente.

Na tabela seguinte apresentamos os cinco principais grupos de diagnósticos médicos nas Especialidades Médicas.

Tabela 44 – Distribuição dos casos relativos ao domínio das Especialidades Médicas, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Especialidades Médicas		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Doenças do Aparelho Circulatório	*453*	*58,00*
Doenças do Aparelho Digestivo	*178*	*22,80*
(sem Diagnóstico médico)	*106*	*13,57*
Doenças Infecciosas E Parasitarias	*12*	*1,54*
Tumores (Neoplasmas)	*8*	*1,02*
Outros	*24*	*3,07*
Total	**781**	**100,00**

As Doenças do Aparelho circulatório, em particular as doenças cardíacas, e os problemas do foro digestivo configuram os principais problemas médicos em serviços como os de Cardiologia e Gastroenterologia, incluídos no estudo.

A tabela seguinte mostra-nos que a grande maioria (71,57%) dos episódios de internamento nos serviços de Medicina, nas unidades consideradas, são motivados por problemas circulatórios, em particular Acidentes Vasculares Cerebrais e Afecções respiratórias, como as DPOC e as Infecções pulmonares agudas.

Tabela 45 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Medicina, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Medicina		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Doenças do Aparelho Circulatório	*1667*	*30,33*
Doenças do Aparelho Respiratório	*1407*	*25,60*
(sem Diagnóstico médico)	*1102*	*20,05*
Doenças do Aparelho Genito-Urinario	*243*	*4,42*
Tumores (Neoplasmas)	*208*	*3,78*
Outros	*870*	*15,82*
Total	**5497**	**100,00**

Segundo os dados que temos disponíveis, aproximadamente um quinto dos episódios de internamento nos serviços de Medicina, incluídos no estudo, não têm diagnóstico médico. No entanto, estão associados a uma percentagem significativa de doentes com grandes níveis de dependência nos *Auto cuidados*. Com efeito, ao explorarmos os dados, verificamos que 57,20% dos episódios de internamento ocorridos na Medicina, sem diagnóstico médico principal, têm algum problema de enfermagem relativo aos *Auto*

cuidados. Na nossa opinião, este facto poderá assumir particular relevância ao pensarmos numa rede de cuidados continuados.

A tabela 46 mostra-nos a distribuição dos episódios de internamento no domínio da Mulher, em função do diagnóstico médico principal.

Tabela 46 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Mulher, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Mulher		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Parto, Puerpério e Gravidez	*762*	*69,72*
(sem Diagnóstico médico)	*148*	*13,54*
Doenças do Aparelho Genito-Urinario	*94*	*8,60*
Tumores (Neoplasmas)	*76*	*6,95*
Outros Acidentes	*5*	*0,46*
Outros	*8*	*0,73*
Total	**1093**	**100,00**

Nos hospitais envolvidos no estudo, os principais diagnósticos médicos verificados nos serviços de assistência à Mulher enquadram-se no grupo do Parto, Puerpério e Gravidez.

No contexto da ortopedia (Tabela 47) as Doenças do Sistema Osteoarticular e os Acidentes / Lesões traumáticas predominam.

Tabela 47 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da Ortopedia, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

Ortopedia		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Doenças do Sistema Osteoart. E Tecidos	*589*	*28,62*
Outros Acidentes	*573*	*27,84*
(sem Diagnóstico médico)	*410*	*19,92*
Lesões Traumáticas	*189*	*9,19*
Doenças Sistema Nervoso e Órgãos Dos Sentidos	*142*	*6,90*
Outros	*155*	*7,53*
Total	**2058**	**100,00**

Na tabela seguinte apresentamos os principais diagnósticos médicos verificados no domínio da UCI.

Tabela 48 – Distribuição dos casos relativos ao domínio da UCI, quanto ao diagnóstico médico principal (especificando os 5 mais frequentes)

UCI		
Grupo Diagnóstico médico principal	**N**	**%**
Tumores (Neoplasmas)	*88*	*29,04*
(sem Diagnóstico médico)	*61*	*20,13*
Doenças do Aparelho Digestivo	*46*	*15,18*
Doenças do Aparelho Respiratório	*37*	*12,21*
Doenças do Sistema Osteoart. E Tecidos Conjuntivos	*20*	*6,60*
Outros	*51*	*16,84*
Total	**303**	**100,00**

Vale a pena recordar que apenas uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Adultos esteve envolvida neste projecto. Este facto ajuda-nos a explicar os cerca de 30% de episódios de internamento associados a problemas oncológicos; na medida em que, no hospital onde esta UCI está inserida, o recobro das grandes cirurgias motivadas por tumores malignos é feito nos cuidados intensivos.

Descrita e caracterizada a amostra que resultou do estudo exploratório, importa evoluir na análise dos dados, tendo por horizonte a exploração da distância que fica entre os "modelos em uso" e o "modelo exposto".

5.3 Análise dos dados

Neste ponto do capítulo pretendemos proceder à apresentação do material relativo ao RMDE, recolhido durante os 8 meses do estudo exploratório, chamando para a análise as reflexões empreendidas no grupo de discussão e nos encontros realizados nas unidades de cuidados.

Por agora, não nos interessa considerar os resultados verificados nas *"sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações"* e para as *"... modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem"*; antes perceber quais foram os dados obtidos a partir dos "modelos em uso" e aquilo que ainda se mantém nos territórios do "exposto". Para isso, recorremos às *"frequências"* de cada um dos diagnósticos de enfermagem, em que se apoiam os conteúdos clínicos do RMDE, e que derivam do "modelo I" de organização dos dados, descrito no capítulo anterior. Esta abordagem poderá permitir-nos aumentar o nosso conhecimento sobre a diversidade das populações, relativamente a elementos centrais dos processos de cuidados, como as necessidades e intervenções de enfermagem.

5.3.1 Dos Focos de atenção e dos Diagnósticos de enfermagem

Os resultados dos dois questionários aplicados durante a primeira fase do projecto e, fundamentalmente, os consensos produzidos no grupo de discussão relativamente aos conteúdos clínicos do RMDE (Anexo 5), deram-nos pistas importantes acerca dos principais aspectos de saúde que se inscrevem na dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Neste momento, apoiados naquilo que resulta da segunda fase da investigação, podemos perceber até que ponto a documentação quotidiana dos cuidados viabiliza os dados necessários à produção das sínteses informativas que descrevemos no capítulo anterior.

Como tivemos oportunidade de discutir no ponto quatro do capítulo anterior, as *"frequências relativas"* dos diagnósticos de enfermagem são obtidas pela razão entre o número de casos em que foi documentado o problema e o número total de casos em estudo. Desta forma, conforme se pode constatar nas tabelas a que recorremos nesta análise do material, o somatório das frequências relativas apresentadas não perfaz, necessariamente, cem por cento (100%); na medida em que um mesmo utente ou episódio de internamento pode, em simultâneo, ter mais do que um diagnóstico de enfermagem. Na última linha das tabelas a que recorremos neste ponto, apresentamos o número total de casos que é utilizado como denominador, no cálculo das frequências relativas[15].

No âmbito dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, quer no Hospital quer no Centro de Saúde, apercebemo-nos da existência de enunciados com valores percentuais bastante reduzidos. Estes valores elucidam-nos acerca da medida em que a documentação, que resulta dos modelos em uso, viabiliza os dados que integram o RMDE definido.

Nesta sequência, os valores das frequências relativas dos principais diagnósticos de enfermagem, que resultam da documentação em uso, colocaram o grupo de discussão perante um conjunto de questões que se orientaram, fundamentalmente, para as contingências associadas à documentação de enfermagem.

> *X – Na minha opinião, estes dados, que tu nos apresentas, mostram alguns dos problemas que os nossos registos ainda têm. Mas, já está muito melhor que há uns anos.*
>
> *Y – Mas eu acho que um dos problemas está... é naquilo que está antes da documentação. Nas discussões que fazemos no serviço, não é a CIPE®... ou raramente. É enfermagem. eu acho que esse é um grande problema. Temos*

[15] A lógica de organização das tabelas ao longo deste ponto (5.3.1) da dissertação, obedece a estes princípios.

> *que fazer muito mais, trabalhar aspectos como a preparação das famílias para tomarem conta dos idosos e dependentes, ajudar os pais. Eu penso assim.*
>
> *X – Claro... mas, acho que apesar de existirem alguns problemas isto já revela muitos avanços. Nós estamos a ver os dados de todos os serviços e centros de saúde... reparem que é interessante que aparecem áreas como a Conhecimento e a Aprendizagem de capacidades... isso já é um avanço.*
>
> *Z – Pois... concordo. No meu serviço, ainda há bem pouco tempo os nossos registos, como todos sabem, eram muito limitados... muito pobres. Agora, pelo menos já existe, por parte dos colegas, a consciência de que devem documentar e sabem que há um conjunto de aspectos, o resumo mínimo, que no mínimo, passo a redundância, devem documentar. Os meus registos... do meu centro de saúde, melhoraram muito. Isto é um ganho... ainda não são os ganhos em saúde que gostava, mas para lá caminha. Isto leva tempo...*
>
> Grupo de discussão, Julho de 2005

O excerto da discussão gerada no grupo, a propósito do material que foi emergindo do estudo exploratório, coloca em destaque um aspecto que reportamos como nuclear para a leitura que se faz ao longo deste capítulo. Com efeito, os dados revelam-nos *"... alguns problemas..."*, pelo que *"...temos que fazer muito mais..."*. No entanto, a definição e implementação de RMDE pode constituir uma estratégia geradora de condições para a optimização dos recursos informacionais que resultam dos cuidados de enfermagem, num quadro de promoção e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Por outro lado, vale a pena recordar que, como nos dizia um dos colegas, apesar da documentação de enfermagem ainda revelar *"problemas (...), já está muito melhor que há uns anos"*, conscientes que *"isto leva tempo..."*. Em síntese, importa explorar a distância entre os "modelos em uso" e o "modelo exposto", tendo permanentemente presentes os avanços verificados nos SIE, numa dinâmica de continuidade e trabalho duradoiro, que não se compadece com lógicas de carácter imediato e leituras apressadas. Só a efectiva consolidação no terreno de SIE e estratégias de agregação de dados, será capaz de concorrer para a criação de uma cultura de gestão da informação associada aos cuidados de enfermagem, com reais benefícios para os cidadãos.

Na leitura do material que resultou do estudo exploratório, para além das frequências relativas de cada um dos diagnósticos de enfermagem, consideramos oportuno analisar os valores obtidos em cada um dos focos de atenção presentes no RMDE.

Como vimos, cada foco de atenção tem um conjunto de diagnósticos de enfermagem associados (Anexo 5). Para efeitos desta análise, cada foco de atenção constitui uma variável composta, de um nível conceptual superior, que resulta da associação do conjunto dos diagnósticos que lhe estão adstritos. O anexo 9 reflecte a estratégia de agregação utilizada, sob a lógica dos focos de atenção do RMDE. Assim, quando

dizemos que no hospital, por exemplo, o *Auto cuidado: higiene* tem 8373 casos, queremos dizer que existe igual número de episódios de internamento que apresentam, pelo menos, um diagnóstico de enfermagem relativo àquele foco de atenção. Apesar da variável – *Foco* – incorporar mais que um diagnóstico, cada caso só é contabilizado uma vez. Assim, se um determinado utente ou episódio de internamento tiver registos em mais do que um dos diagnósticos que compõem o foco em análise, só é considerado uma vez, para efeitos desta leitura por foco de atenção. Pelas razões a que aludimos anteriormente, também aqui, o somatório das frequências percentuais nas tabelas não perfaz, forçosamente, cem por cento (100%).

Na exploração dos dados, vale a pena notar que, por si só, as frequências relativas dos principais diagnósticos de enfermagem e dos focos de atenção, não nos garantem aquilo que é dos domínios do "em uso" e do "exposto". Como vimos, não existe uma relação directamente proporcional entre o conceito de sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros e a frequência dos diferentes eventos de saúde. No entanto, como nos dizem os participantes no grupo de discussão, nalguns aspectos, *"... são valores muito baixos".*

> *X – Esses valores que temos para os diferentes fenómenos... nalguns casos, são valores muito baixos.* (comenta os ranking dos diagnósticos de enfermagem com frequências mais baixas, nos diferentes contextos). *Por exemplo, eu até acho que para a "Paternidade alterada" não existem muitos casos. Não são assim tantos casos de pais que apresentam este problema. O valor até parece ser correcto...*
>
> *X – Claro... acho que, no caso concreto da Paternidade esses poucos casos até correspondem àquilo que é a realidade. É como eu dizia: não são assim tantos os pais que negligenciam os seus papéis.*
>
> *Y – Mas, também há áreas em que eu pensava que deviam existir muitos mais casos. A Aprendizagem de capacidades dos prestadores de cuidados era uma delas. São poucos os casos, para aquilo que nós temos consciência que há. Nós até temos aqui dados a dizer-nos da grande percentagem de pessoas dependentes nos serviços de Medicina, Cirurgia...*
>
> Grupo de discussão, Outubro 2005

De facto, por exemplo no hospital, as percentagens de casos relativos a situações de dependência nos *Auto cuidados* fariam supor valores mais elevados na área da *Aprendizagem*, em particular dos membros da família prestadores de cuidados.

> *X – Eu acho que a Aprendizagem de capacidades exige, como nós vimos nas intervenções do RMDE, intervenções muito sistematizadas. Por exemplo: nos ensinos, nós temos um pouco a ideia que basta falar com os doentes ou os familiares sobre um determinado assunto e pronto... está feito o ensino. Agora quando nós falamos em treinar e repetir os treinos, pôr as pessoas a fazer, isso é mais complicado. Como já foi dito é uma coisa que nós ainda não temos muito interiorizado.*
>
> *Y – O treino e esse tipo de intervenções exigem grande sistematização. Nós lá no serviço temos sentido grandes dificuldades com o treino dos cuidadores*

> *informais para cuidarem dos velhinhos dependentes. Acho que é uma coisa que nós temos muito que apostar...a aprendizagem de habilidades... como fazer. É um desafio importante!*
>
> Grupo de discussão, Outubro de 2005

A necessidade de evoluirmos para uma *"enfermagem avançada"* (Locsin, 2002), com grande sistematização das intervenções capazes de promover mudanças significativas nos recursos dos clientes, para lidarem de forma competente com as suas transições, afigura-se como um dos principais desafios que se coloca, para um exercício pautado por elevados padrões de qualidade.

No contexto do grupo de discussão, estas assunções acabaram por ser corroboradas pelos dados que resultaram da distribuição dos casos por aquilo que designamos como principais "Dimensões dos cuidados", representadas no RMDE. Estas dimensões dos cuidados derivam dos conceitos básicos dos conteúdos consensualizados para o RMDE; representando uma forma distinta de agregação, para além dos próprios focos de atenção. O anexo 9 também sintetiza a lógica de agregação empregue que, tendo por base a estrutura taxonómica da versão Beta da CIPE® (ICN, 2002), projecta os objectivos ou intenções colocadas nos cuidados. Como vimos no terceiro capítulo, as questões geradas no grupo de discussão acerca dos propósitos que iluminam a assistência, fizeram brotar um núcleo de conceitos associados aos conteúdos clínicos do RMDE, tidos como altamente sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros. O processo de contabilização dos casos incluídos em cada uma destas *Dimensões* seguiu os mesmos princípios utilizados na composição da variável Foco de atenção.

Apresentados os princípios que orientam a leitura do material, evoluímos na descrição daquilo que deriva da documentação em uso e daquilo que ainda é do âmbito do exposto, tendo em consideração as particularidades de cada contexto de acção.

5.3.1.1 No Hospital

A nossa amostra incorpora 15363 episódios de internamento, distribuídos pelos vários domínios de assistência. Estes dados permitem-nos avançar numa análise orientada para a exploração dos conteúdos do RMDE que, no quadro do hospital, já são uma realidade "em uso" e aqueles que, ainda sendo do âmbito "do exposto", representam oportunidades de desenvolvimento, em cada um dos ambientes de cuidados.

Na tabela seguinte apresentamos os 20 diagnósticos de enfermagem do RMDE mais frequentes no hospital.

Tabela 49 – Frequências dos 20 Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no Hospital (ordenados por ordem alfabética dos Focos de atenção)

Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes no Hospital			
Foco	**Diagnóstico de Enfermagem**	**N**	**%**
Alimentar-se	*Dependência no Alimentar-se*	*3882*	*25,27*
Aspiração	*Risco de Aspiração*	*1523*	*9,91*
	Conhecimento dos pais sobre prevenção da aspiração, não demonstrado	*394*	*2,56*
Auto cuidado: higiene	*Dependência no Auto cuidado: higiene*	*8346*	*54,33*
Auto cuidado: uso do sanitário	*Dependência no Auto cuidado: uso do sanitário*	*6531*	*42,51*
Auto cuidado: vestuário	*Dependência no Auto cuidado: vestuário*	*3156*	*20,54*
Auto vigilância	*Conhecimento sobre auto vigilância, não demonstrado*	*508*	*3,31*
Deambular	*Dependência no Deambular*	*631*	*4,11*
Desidratação	*Desidratação*	*332*	*2,16*
Dor	*Dor*	*5735*	*37,33*
Expectorar	*Expectorar: Ineficaz*	*1424*	*9,27*
Gestão do Regime Terapêutico	*Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações, não demonstrado*	*384*	*2,50*
Maceração	*Maceração*	*531*	*3,46*
Obstipação	*Risco de Obstipação*	*3554*	*23,13*
	Obstipação	*926*	*6,03*
Posicionar-se	*Dependência no Posicionar-se*	*2826*	*18,39*
Queda	*Risco de Queda*	*1388*	*9,03*
Transferir-se	*Dependência no Transferir-se*	*2669*	*17,37*
Úlcera de pressão	*Risco de Úlcera de Pressão*	*1483*	*9,65*
	Úlcera de pressão	*432*	*2,81*
Total de casos no Hospital – 15 363			

Apoiados nos dados disponíveis, devemos destacar a relevância dos diagnósticos de enfermagem que traduzem fenómenos de dependência no(s) *Auto cuidado*(s) e as principais complicações associadas aos internamentos, como a *Aspiração*, a *Obstipação*, as *Quedas* ou as *Úlceras de pressão*. Condições como a *Dor* e a ineficácia no *Expectorar*, também configuram problemas com relevância nos serviços de internamento hospitalar. Como veremos adiante, os resultados que encontrámos no Hospital são

fortemente influenciados pelo facto de 83,56% do total de casos neste contexto serem provenientes dos serviços de internamento de Adultos.

Os resultados do nosso estudo são consistentes com aqueles que derivam dos trabalhos de Delaney e colaboradores (2000) e Park e colaboradores. (2004), onde se realçam os valores encontrados para a *Dor*, as *Úlceras de pressão* e, essencialmente, os fenómenos de enfermagem que se enquadram no *Auto cuidado* (Tabela 50).

Tabela 50 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Hospital (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes no Hospital		
Foco	**N**	**%**
Auto cuidado: higiene	*8373*	*54,50*
Auto cuidado: uso do sanitário	*6557*	*42,68*
Dor	*5735*	*37,33*
Obstipação	*3953*	*25,73*
Alimentar-se	*3909*	*25,44*
Auto cuidado: vestuário	*3158*	*20,56*
Posicionar-se	*2832*	*18,43*
Transferir-se	*2672*	*17,39*
Úlcera de pressão	*1693*	*11,02*
Aspiração	*1592*	*10,36*
Total de casos no Hospital – 15 363		

No que se refere aos focos de atenção mais frequentes no hospital, verificamos que seis (6) dos dez (10) focos mais frequentes na documentação de enfermagem são espécies de *Auto cuidado* (ICN, 2002), o que reforça o significado deste aspecto de saúde, no seio dos conteúdos do RMDE, adstritos aos cuidados de saúde diferenciados. Estes resultados são consistentes com aquilo que emergiu do estudo de Silva (2001). Os dados obtidos por este autor demonstraram que, *"em todas as unidades, a dependência dos doentes face às actividades do auto cuidado, foram adquirindo crescente visibilidade na documentação de enfermagem"* (p. 250), fruto da implementação de SIE do tipo II.

Por outro lado, a influência que a *"Escola das necessidades"* (Meleis 2005) tem vindo a exercer sobre os modelos de formação, pode ajudar-nos a explicar o peso que o *Auto cuidado* assume no painel dos focos de atenção incluídos no RMDE e que, com maior frequência, surgem na documentação em uso. Por outro lado, não é desprezível o facto do *"Bem-estar e o auto cuidado"* serem propostos pela OE como elementos estruturantes de um exercício profissional pautado por elevados padrões de qualidade (OE, 2001).

Quando consideramos as principais dimensões dos cuidados representadas no RMDE (Tabela 51), constatamos que cerca de 60% dos episódios de internamento apresentam problemas relativos ao *Auto cuidado* e 41,65%, pelo menos, um diagnóstico de

enfermagem que se insere na *Prevenção de complicações*. Na realidade, estas são as duas dimensões da saúde do RMDE com maior significado no contexto dos hospitais.

Naquilo que se reporta à *Aprendizagem*, a aquisição de conhecimentos por parte dos clientes apresenta um valor que merece destaque; enquanto que a *Aprendizagem de Capacidades* é uma área com frequências menos expressivas.

Tabela 51 – Distribuição dos casos provenientes do Hospital, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Hospital		
Dimensões	**N**	**%**
Auto cuidado	*9088*	*59,16*
Prevenção de complicações	*6398*	*41,65*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*1734*	*11,29*
Adesão	*1230*	*8,01*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*926*	*6,03*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*414*	*2,69*
Parentalidade	*392*	*2,55*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*215*	*1,40*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*153*	*1,00*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*106*	*0,69*
Adaptação	*93*	*0,61*
Total de casos no Hospital – 15 363		

Atendendo aos valores verificados na distribuição dos casos provenientes dos serviços hospitalares pelas principais dimensões dos cuidados, podemos afirmar que a *Adaptação* é um aspecto dos cuidados que se situa nos territórios dos modelos expostos. Quanto ao *Tomar conta* e à *Parentalidade*, vale a pena considerar o seu comportamento em domínios particulares, como a Medicina ou os serviços de assistência Materno - Infantil.

Uma vez lidos os resultados verificados no Hospital, avançamos numa análise mais específica, tendo em consideração cada um dos domínios de assistência deste contexto.

5.3.1.1.1 Por Domínios

De forma a evitar a redundância no material apresentado e nas discussões empreendidas, depois de explorado cada um dos domínios de assistência hospitalar, agregámo-los em função das suas similitudes. Com efeito, constatámos que era muito mais aquilo que unia domínios hospitalares como a Cirurgia, as Especialidades Cirúrgicas, a Medicina ou a UCI, que aquilo que os separava. Da mesma forma, mantivemos associados os domínios de assistência à Mulher e à Criança, na linha daquilo que fizemos nos capítulos anteriores. Neste perfil de análise mais específico, apenas apresentámos os focos de atenção e as dimensões de saúde mais frequentes em

cada contexto. Pontualmente, fazemos referência a alguns dos diagnósticos de enfermagem mais relevantes.

5.3.1.1.1.1 Assistência ao Adulto

A assistência ao Adulto incorpora todos os domínios hospitalares, com a excepção da Mulher e da Criança, perfazendo 12838 episódios de internamento.

Neste âmbito, devemos o destacar facto de seis (6) dos dez (10) focos de atenção mais frequentes serem espécies de *Auto cuidado* (Tabela 52). Os dados disponíveis indicam-nos que 60,48% dos clientes internados nos serviços de Adultos apresentam, pelo menos, um diagnóstico de enfermagem que toma por foco de atenção o *Auto cuidado: higiene*.

Tabela 52 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no domínio de assistência ao Adulto (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Adulto		
Foco	**N**	**%**
Auto cuidado: higiene	*7765*	*60,48*
Auto cuidado: uso sanitário	*6039*	*47,04*
Dor	*4821*	*37,50*
Alimentar-se	*3909*	*30,45*
Obstipação	*3884*	*30,25*
Posicionar-se	*2830*	*22,04*
Auto cuidado: vestuário	*2801*	*21,82*
Transferir-se	*2669*	*20,79*
Úlcera de Pressão	*1689*	*13,16*
Queda	*1408*	*10,97*
Total de casos no Domínio: Adulto – 12 838		

O significado que assume a *Prevenção de complicações* no quadro das principais dimensões de saúde em uso nos domínios de assistência aos Adultos (Tabela 53), deriva das frequências relativas de diagnósticos de enfermagem como: *Risco de Obstipação* (27,16%); *Risco de Queda* (10,80%); ou *Risco de Úlcera de pressão* (11,55%). A par com o *Risco de Aspiração* (7,20%), estes problemas potenciais representam o núcleo das complicações, relativamente às quais os enfermeiros têm competências para prescrever e implementar intervenções tendentes à sua prevenção. Estes dados, cruzados com os resultados obtidos nas sínteses informativas orientadas para a prevenção destes problemas, configuram informação extremamente valiosa para o desenvolvimento de programas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional nestes domínios.

Tabela 53 – Distribuição dos casos provenientes do domínio de assistência ao Adulto, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Adulto[16]		
Dimensões	**N**	**%**
Auto cuidado	*8451*	*65,83*
Prevenção de complicações	*5345*	*41,63*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*1434*	*11,17*
Adesão	*1086*	*8,46*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*380*	*2,96*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*210*	*1,64*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*106*	*0,83*
Adaptação	*73*	*0,57*
Total de casos no Domínio: Adulto – 12 838		

A *Aprendizagem cognitiva* dos clientes é uma dimensão de saúde que assume valores merecedores de algum destaque (11,17%), ao contrário da *Aprendizagem de capacidades* que ainda permanece no âmbito do exposto.

No capítulo anterior vimos que focos de atenção como o *Pé equino*, a *Anquilose* ou o *Auto controlo: Dor*, constituíam áreas com grande consenso entre os domínios hospitalares de assistência aos adultos. Contudo, face aos dados que resultam da segunda fase do estudo, podemos afirmar que aqueles focos de atenção configuram aspectos de saúde distantes da realidade em uso. Vale a pena sublinhar que, em função dos 41,86% casos relativos à *Dor*, seria expectável um valor bem superior aos 0,09% de episódios de internamento com registos reportáveis ao *Auto controlo: Dor*.

> Durante uma reunião no serviço de Cirurgia do Hospital XXX:
>
> *X – Não... confesso que quando não vi casos de Auto controlo da Dor, aqui na cirurgia, fiquei um pouco desiludida. Esse era um foco que me fazia sentido e às colegas também. Mas é aquilo que nós já discutimos no grupo... vai um bocado de distância entre aquilo que nós gostávamos e aquilo que é a realidade. Mas, como tu bem viste, as colegas continuam a dizer que o Auto controlo da Dor é uma área muito importante. Eu também... acho que estes resultados não nos devem desanimar. Por isso, vamos investir na formação nesta área... os dados servem para isso. É para isto que o resumo mínimo tem utilidade.*
>
> Notas de campo, Setembro de 2005

O facto *"... das colegas continuarem a dizer que o Auto controlo da Dor é uma área muito importante"*, não é invalidado pelos valores encontrados na segunda fase do estudo. A

[16] Em cada um dos diferentes contextos em análise, apenas apresentamos as dimensões com casos válidos, o que justifica que nem sempre se faça referência às 11 dimensões centrais do RMDE.

exploração local dos factores que concorrem para os reduzidos valores de frequência deste foco de atenção, poderá ser extremamente útil para a incorporação gradual nos cuidados e, por consequência, na documentação deste aspecto de saúde. A distância que fica entre aquilo que é exposto e aquilo que realmente está em uso, também nos ajuda a compreender os baixos valores percentuais de dimensões da saúde, tidas como relevantes para os domínios da assistência aos adultos, como a *Aprendizagem* dos prestadores de cuidados para *Tomar conta* ou a *Adaptação*.

Como já tivemos oportunidade de referir, os valores encontrados para os domínios de assistência ao *Adulto* são muito semelhantes àqueles verificados para a realidade hospitalar como um todo. Conscientes do baixo peso relativo dos domínios de assistência à *Mulher* e à *Criança*, na globalidade dos casos provenientes do Hospital, avançamos na exploração dos contextos específicos da saúde Materno – Infantil, por forma a conhecermos as suas particularidades.

5.3.1.1.1.2 Assistência à Criança e à Mulher

No contexto hospitalar, os dados relativos aos domínios de assistência à Criança e à Mulher incluem serviços de Pediatria e Neonatologia, e serviços de Obstetrícia e Ginecologia, respectivamente. Todavia, importa relembrar que o material utilizado nesta análise é oriundo apenas de um hospital, o que implica particulares cautelas na interpretação dos resultados.

Na exploração que fizemos, apesar de encontrarmos bastantes afinidades entre os dois contextos, deparámo-nos com alguns pormenores que nos conduziram a um trabalho analítico separado. Na realidade, o domínio da *Mulher* apresenta alguns aspectos que são semelhantes à assistência aos *Adultos*, em particular nos domínios cirúrgicos.

5.3.1.1.1.2.1 Criança

O domínio da Criança reporta 1432 episódios de internamento; 43,7% dos casos provenientes da Pediatria e os restantes do serviço de Neonatologia / Recém Nascidos.

No contexto da assistência à Criança, durante a primeira fase da investigação revelaram-se essenciais dimensões da saúde como o *Tomar conta*, a *Parentalidade* e a *Prevenção de complicações.* Neste momento, na posse do material que resultou da implementação do modelo de agregação de dados, estamos em condições de perceber aquilo que a documentação de enfermagem em uso traduz, do RMDE consensualizado.

A Tabela 54 sintetiza os dez (10) focos de atenção mais frequentes nos serviços pediátricos, envolvidos na segunda fase do projecto.

Tabela 54 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no domínio de assistência à Criança (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Criança		
Foco	**N**	**%**
Aspiração	*608*	*42,46*
Papel Parental	*161*	*11,24*
Expectorar	*158*	*11,03*
Dor	*149*	*10,40*
Desidratação	*70*	*4,89*
Obstipação	*18*	*1,26*
Amamentação	*13*	*0,91*
Maceração	*12*	*0,84*
Auto cuidado: higiene	*5*	*0,35*
Auto cuidado: uso do sanitário	*5*	*0,35*
Total de casos no Domínio: Criança – 1 432		

Daquilo que foram os consensos produzidos acerca dos focos de atenção mais úteis no contexto de assistência à Criança, devemos destacar o reduzido significado da *Amamentação*.

> *X – Nós temos que entender que a amamentação natural...com o leite materno, é um aspecto muito valorizado hoje em dia. Acho que os resultados nos devem fazer pensar muito bem nisto. São muito poucos os casos relativos ao foco Amamentação.*
>
> *Y – Pois... concordo plenamente e, se me permitem, contra mim falo. Estes dados não aparecem porque as mães todas amamentam. Nós lá no nosso serviço até pomos as mães a darem o peito... isto é assim no puerpério. Na Pediatria e Neonatologia temos muita atenção ao tratamento do problema médico da criança, não estamos centrados nas questões da vinculação, da amamentação. Mas, pelas funções que desempenho, tenho uma visão do todo... quando as mulheres vêm às consultas externas, uma grande maioria já deixou de amamentar, dando leites artificiais, que até são mais caros. Isto é um grande problema de saúde pública e até económico.*
>
> *Z – O teu hospital não é da minha Sub Região, mas nós temos o mesmo problema. Nos centros de saúde verificamos que muitas mães ao fim do primeiro mês já abandonaram o aleitamento materno. Nós também temos que fazer um trabalho centrado na Amamentação... investir mais.*
>
> Grupo de discussão, Outubro de 2005

O excerto da discussão gerada no grupo pode funcionar como um exemplo do trabalho que, à escala de cada unidade de cuidados, deve ser feito a partir dos dados que serão disponibilizados. Como nos dizia um dos participantes, o sentido é que os dados nos façam *"... pensar muito bem..."* nos cuidados que estamos a prestar e, acima de tudo, nas oportunidades de desenvolvimento.

Quando consideramos as principais dimensões dos cuidados representadas no RMDE definido, constatámos que a *Prevenção de complicações* se assume como o aspecto

primordial nos serviços pediátricos. Julgamos que para isso concorre o facto de 41,83% dos casos apresentarem o diagnóstico de enfermagem *Risco de Aspiração*, conforme os dados que analisámos nos mostraram.

Tabela 55 – Distribuição dos casos provenientes do domínio de assistência à Criança, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Criança		
Dimensões	**N**	**%**
Prevenção de complicações	*696*	*48,60*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*556*	*38,83*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*73*	*5,10*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*20*	*1,40*
Parentalidade	*16*	*1,12*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*9*	*0,63*
Auto cuidado	*8*	*0,56*
Adesão	*5*	*0,35*
Adaptação	*2*	*0,14*
Total de casos no Domínio: Criança – 1 432		

Os valores encontrados para a *Aprendizagem cognitiva* dos pais, aspecto central para o desempenho das actividades de *Tomar conta* da criança, são consistentes com os consensos produzidos na primeira fase do projecto. Em comparação, a *Aprendizagem de capacidades* dos pais constitui uma dimensão dos cuidados que exige maior investimento.

Muito por força do reduzido significado do foco *Amamentação* (cfr. Tabela 54), a promoção da *Parentalidade* parece ser uma dimensão dos cuidados de enfermagem que ainda não é uma realidade na documentação em uso, apesar de constituir a *"... grande área em que nos temos de concentrar, na pediatria..."* (Grupo de discussão, Outubro de 2005).

De acordo com aquilo que resulta dos dados em análise, julgamos que nos serviços pediátricos, os programas de melhoria e aperfeiçoamento do exercício profissional dos enfermeiros devem, por via da promoção da *Amamentação* e da *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) dos pais, focalizar-se no desenvolvimento da *Parentalidade*.

5.3.1.1.1.2.2 Mulher

No âmbito da assistência à Mulher, os dados referem-se a 1093 episódios de internamento.

Como tivemos oportunidade de referir, os serviços obstétricos e ginecológicos apresentam algumas semelhanças com os domínios cirúrgicos; o que se percebe, dada a

natureza das principais intervenções médicas implementadas naqueles serviços. A tabela 56 apresenta os cinco grupos principais das intervenções médicas implementadas no domínio da Mulher[17]. Apesar de metade dos episódios de internamento não terem documentado qualquer intervenção médica, nos termos dos protocolos em vigor na RIS, constatámos que as intervenções médicas mais frequentes têm carácter cirúrgico.

Tabela 56 – Distribuição dos casos provenientes do domínio da Mulher, especificando as cinco principais intervenções médicas documentadas

Grupos De Intervenções Médicas	N	%
(sem intervenção médica)	*556*	*50,87*
Cesariana e Extracção de Feto	*257*	*23,51*
Incisões e Excisões do Útero	*75*	*6,86*
Operação no Útero e Estruturas de Suporte	*66*	*6,04*
Operação nas Trompas de Falópio	*56*	*5,12*
Outras	*83*	*7,60*
Total	**1093**	**100,00**

À semelhança daquilo que acontece nos serviços cirúrgicos, a *Dor* e os *Auto cuidados* representam uma parte significativa da informação documentada no domínio da Mulher (Tabela 57). No quadro dos focos de atenção mais frequentes neste domínio, a *Maceração* e a *Obstipação* merecem destaque, por força das frequências relativas dos diagnósticos de enfermagem: *Risco de Maceração* (17,02%), *Maceração* (17,93%) e *Risco de Obstipação* (4,48%).

Tabela 57 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no domínio de assistência à Mulher (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Mulher		
Foco	**N**	**%**
Dor	*765*	*69,99*
Auto cuidado: higiene	*603*	*55,17*
Auto cuidado: uso do sanitário	*513*	*46,94*
Amamentação	*375*	*34,31*
Auto cuidado: vestuário	*357*	*32,66*
Maceração	*325*	*29,73*
Gestão do Regime Terapêutico	*139*	*12,72*
Obstipação	*51*	*4,67*
Auto controlo: dor	*18*	*1,65*
Comportamento de adesão durante a gravidez	*15*	*1,37*
Total de casos no Domínio: Mulher – 1 093		

[17] Estes dados foram obtidos através do cruzamento da informação que resulta do RMDE, com a informação documentada nos Sistemas de Informação Médicos e disponível na RIS.

No entanto, a *Amamentação*, a par com o *Comportamento de Adesão durante a gravidez*, introduzem uma nota de singularidade neste contexto de cuidados. Na opinião dos enfermeiros envolvidos nas segunda fase do projecto, os reduzidos valores percentuais do foco de atenção – *Comportamento de adesão durante a gravidez* – podem ser explicados pela excessiva orientação das sínteses informativas ensaiadas, relativamente a este foco de atenção, para a realidade dos cuidados de saúde primários.

> Durante uma reunião com alguns enfermeiros do Hospital XXX:
>
> *X – Este foco não é muito direccionado para a nossa realidade. Nós temos a senhoras internadas, essencialmente, após o parto. Os indicadores deste foco estão muito direccionados para o centro de saúde.*
>
> *Y – Não quer dizer mesmo o centro de saúde... eu diria para o pré – parto e, como sabes, nos serviços de obstetrícia só recebemos as senhoras nas horas imediatamente anteriores ao parto e depois é que ficam alguns dias internadas, dependendo de terem ou não sido sujeitas a cesariana. Por isso, o Comportamento de adesão durante a gravidez vai ter poucos casos. Eu já andei a fazer uma análise aos nossos registos com a X e verifiquei isso mesmo.*
>
> Notas de campo, Julho de 2005

A análise dos valores encontrados no domínio da Mulher, para as principais dimensões de saúde representadas nos conteúdos do RMDE, permitem-nos afirmar que apenas a *Aprendizagem de capacidades* ainda se situa no âmbito do exposto (Tabela 58). Apesar de animadores, devemos considerar as limitações que decorrem destes dados, pelo facto do material ter origem num único hospital.

Tabela 58 – Distribuição dos casos provenientes do domínio de assistência à Mulher, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Mulher		
Dimensões	**N**	**%**
Auto cuidado	*629*	*57,55*
Parentalidade	*376*	*34,40*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*369*	*33,76*
Prevenção de complicações	*357*	*32,66*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*280*	*25,62*
Adesão	*139*	*12,72*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*80*	*7,32*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*25*	*2,29*
Adaptação	*18*	*1,65*
Total de casos no Domínio: Mulher – 1 093		

O valor percentual da dimensão *Auto cuidado* é semelhante ao verificado no âmbito dos domínios de assistência ao Adulto, apesar da sua interpretação merecer leitura distinta.

Com efeito, as opções tomadas no grupo de discussão não deram especial relevância à dimensão *Auto cuidado* no domínio da Mulher, na medida em que as situações de dependência nos *Auto cuidados* têm carácter transitório e guardam uma relação estreita com as intervenções médicas implementadas.

> *X – Nos serviços de obstetrícia e ginecologia, como em qualquer serviço cirúrgico, existem muitas senhoras com Dependência no Auto cuidado, mas é uma dependência passageira. Nós também temos que ter isto em consideração nas cirurgias e ortopedias, é a mesma coisa. Os doentes entram independentes, são submetidos à intervenção cirúrgica e, durante alguns dias, são dependentes; mas, naturalmente, à medida que fazem o recobro vão ficando independentes, sem intervenções de enfermagem especiais. Se calhar os auto cuidados têm pouco interesse nestes serviços cirúrgicos.*
>
> *Y – Não, não! O que tu queres dizer é que os ganhos em independência no auto cuidado ou de ganhos dos prestadores de cuidados têm pouco interesse. Agora, também me interessa saber os casos de dependentes nos serviços cirúrgicos, mesmo que sejam passageiros (…). Não se esqueçam dos nossos propósitos.*
>
> Grupo de discussão, Outubro de 2005

Descritas as particularidades associadas a cada um dos principais domínios dos hospitais, evoluímos para a realidade dos centros de saúde.

5.3.1.2 No Centro de Saúde

A análise que aqui produzimos diz respeito a 73265 casos. A estratégia de análise utilizada será a replicação daquilo que fizemos para o Hospital. Nesta perspectiva, depois de considerarmos a totalidade dos casos oriundos dos centros de saúde, partimos para a exploração das questões associadas a cada um dos principais programas de saúde.

Naquilo que diz respeito aos centros de saúde, a primeira fase do estudo produziu consensos em torno de dimensões da saúde como o *Tomar conta*, a *Prevenção de complicações*, a *Parentalidade* e a *Adesão*. Focos de atenção como o *Auto cuidado: higiene* e os *Comportamentos de adesão durante a gravidez* também se revelam úteis naquele contexto de acção. A tabela 59 apresenta os 20 diagnósticos de enfermagem mais frequentes nos centros de saúde.

Tabela 59 – Frequências dos 20 Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no Centro de Saúde (ordenados por ordem alfabética dos Focos de atenção)

Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes no Centro de Saúde			
Foco	**Diagnóstico de Enfermagem**	**N**	**%**
Adesão à vacinação	*Adesão à vacinação, não demonstrada*	*3152*	*4,30*
Adesão ao Regime Terapêutico	*Adesão ao Regime Terapêutico, não demonstrada*	*385*	*0,53*
Auto cuidado: higiene	*Dependência no Auto cuidado: higiene*	*306*	*0,42*
Auto vigilância	*Conhecimento sobre auto vigilância, não demonstrado*	*1878*	*2,56*
	Aprendizagem de Capacidades para proceder à auto vigilância, não demonstrado	*1022*	*1,39*
	Auto vigilância inadequada	*588*	*0,80*
Comportamento de adesão durante a gravidez	*Conhecimento sobre hábitos alimentares durante a gravidez, não demonstrado*	*505*	*0,69*
	Conhecimento sobre gravidez, não demonstrado	*470*	*0,64*
	Conhecimento sobre hábitos de saúde durante a gravidez, não demonstrado	*450*	*0,61*
	Conhecimento sobre consultas de vigilância durante a gravidez, não demonstrado	*345*	*0,47*
Gestão do Regime Terapêutico	*Conhecimento sobre hábitos alimentares, não demonstrado*	*1569*	*2,14*
	Conhecimento sobre hábitos de exercício, não demonstrado	*964*	*1,32*
	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico, não demonstrado	*555*	*0,76*
	Conhecimento sobre medidas de prevenção de complicações, não demonstrado	*417*	*0,57*
	Gestão do Regime Terapêutico ineficaz	*342*	*0,47*
Papel Parental	*Conhecimento dos pais sobre alimentação da criança*	*468*	*0,64*
	Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes com a criança, não demonstrado	*431*	*0,59*
	Conhecimento dos pais sobre vacinação da criança, não demonstrado	*352*	*0,48*
Úlcera de Pressão	*Risco de Úlcera de Pressão*	*289*	*0,39*
Uso de Contraceptivos	*Conhecimento sobre uso de contraceptivos, não demonstrado*	*887*	*1,21*
Total de casos no Centro de Saúde – 73 265			

A primeira nota de destaque que resulta da leitura das frequências relativas dos principais diagnósticos de enfermagem, incluídos no RMDE e documentados nos SIE em uso, revela valores percentuais bastante reduzidos. Com efeito, *a Adesão à vacinação não demonstrada*, com apenas 4,30%, é o enunciado de diagnóstico mais frequente. Este dado parece revelar que uma parte significativa dos contactos de enfermagem nos

centros de saúde são motivados por problemas que não se inscrevem no âmbito dos focos de atenção com maior sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros.

> *X – O que eu quero dizer é que nos nossos centros de saúde, ainda temos muito aquela organização de módulos, o que faz com que, no nosso dia – a – dia, sejamos absorvidos por um conjunto vasto de tarefas muito rotinizadas. Estamos na sala de tratamentos e fazemos os pensos, como se costuma dizer, ou nos injectáveis... Acho que a implementação do enfermeiro de família pode mudar isto... esta organização e, assim, também vão começar a aparecer novos focos nos registos. Não vão ser só as feridas e as vacinas... vai começar a aparecer a Adesão, o Papel Parental...*
>
> Grupo de discussão, Outubro de 2005

O excerto reproduzido acaba por enfatizar a dinâmica de desenvolvimento em curso, nos centros de saúde, orientada para a prestação de cuidados à família numa abordagem sistémica, na qual os SIE e os modelos de gestão dos activos informacionais podem revelar-se recursos bastante úteis.

Apesar dos reduzidos valores percentuais que patenteiam, importa destacar que os focos de atenção mais frequentes nos centros de saúde (Tabela 60), correspondem àquilo que foi largamente consensualizado durante a etapa de definição dos conteúdos do RMDE. Dentro desta perspectiva, poderíamos dizer que, naquilo que se reporta aos diferentes focos de atenção, os modelos em uso nos centros de saúde se aproximam de forma consistente do modelo exposto.

Tabela 60 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde		
Foco	**N**	**%**
Adesão à Vacinação	*3152*	*4,30*
Gestão do Regime Terapêutico	*2404*	*3,28*
Auto vigilância	*2337*	*3,19*
Papel Parental	*1001*	*1,37*
Comportamento de adesão durante a gravidez	*975*	*1,33*
Uso de Contraceptivos	*925*	*1,26*
Adesão ao Regime Terapêutico	*454*	*0,62*
Úlcera de Pressão	*411*	*0,56*
Auto cuidado: higiene	*362*	*0,49*
Amamentação	*348*	*0,47*
Total de casos no Centro de Saúde – 73 265		

Conforme se pode verificar na tabela 61, a análise dos principais conceitos associados aos cuidados, incluídos nos conteúdos do RMDE, revela-nos que a *Aprendizagem* para o desempenho do *Tomar conta* representa uma das dimensões da assistência, ainda com fraca expressão nos centros de saúde.

Tabela 61 – Distribuição dos casos provenientes do Centro de Saúde, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE no Centro de Saúde		
Dimensões	**N**	**%**
Adesão	*7312*	*9,98*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*5745*	*7,84*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*1253*	*1,71*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*1186*	*1,62*
Prevenção de complicações	*624*	*0,85*
Auto cuidado	*470*	*0,64*
Parentalidade	*462*	*0,63*
Adaptação	*439*	*0,60*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*240*	*0,33*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*217*	*0,30*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*119*	*0,16*
Total de casos no Centro de Saúde – 73 265		

Apesar das limitações que decorrem dos reduzidos valores percentuais das principais dimensões dos conteúdos do RMDE e do facto de termos em análise a totalidade dos casos oriundos daquele contexto; podemos destacar a *Adesão* e a *Aprendizagem cognitiva do cliente* no extremo dos aspectos em uso nos centros de saúde, e o *Tomar conta* no pólo oposto dos conteúdos expostos. Contudo, a leitura de cada um dos programas de saúde poderá fornecer-nos uma visão mais concreta daquilo que são os conteúdos do RMDE em uso nos SIE.

5.3.1.2.1 Por Programas de Saúde

À semelhança daquilo que fizemos na análise dos diferentes domínios de assistência hospitalar, também aqui optámos por apresentar apenas os focos de atenção mais frequentes e as dimensões centrais dos conteúdos do RMDE, para cada um dos Programas de Saúde.

5.3.1.2.1.1 Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias

O Programa de Saúde – Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias – está pensado para a prestação de cuidados em regime de ambulatório, principalmente a pessoas portadoras de Tuberculose, seropositivas para o VIH e em esquemas de substituição de narcóticos. Na nossa amostra temos 257 casos incluídos neste programa de saúde.

De acordo com aquilo que emergiu dos trabalhos do grupo de discussão, seria expectável que neste programa de saúde os principais focos de atenção da prática se inscrevessem no âmbito da *Adesão* e da *Adaptação*, tal como a *Gestão* e *Adesão ao*

Regime Terapêutico, a *Auto vigilância* e o *Auto controlo: infecção.*

Conforme se pode perceber da leitura da tabela seguinte, neste programa de saúde apenas foram utilizados 9 dos focos de atenção incluídos na estrutura substantiva do RMDE definido.

Tabela 62 – Distribuição dos casos pelos Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias[18]		
Foco	**N**	**%**
Auto controlo: infecção	*35*	*0,14*
Gestão do Regime Terapêutico	*13*	*0,05*
Adesão à Vacinação	*8*	*0,03*
Expectorar	*3*	*0,01*
Auto cuidado: higiene	*3*	*0,01*
Auto vigilância	*3*	*0,01*
Dor	*2*	*0,01*
Auto controlo: dor	*2*	*0,01*
Adesão ao Regime Terapêutico	*2*	*0,01*
Total de casos no Programa de Saúde: Controlo de Doenças Infecciosas (...) – 257		

É um facto que os focos de atenção utilizados se reportam às dimensões de saúde que foram vislumbradas pelo grupo de discussão. No entanto, também aqui os valores percentuais de cada um deles são bastante reduzidos.

> *X – Nesta consulta... vamos dizer assim, eu acho que ainda existe muito aquela ideia de que é entregar a medicação ao utente e já está. Não quero ser injusta, até porque trabalho num centro de saúde, mas as coisas são um bocadinho assim. Acho que é isso que justifica os poucos casos.*
>
> *Y – Teoricamente nós até vamos dizendo que estes utentes são daqueles que têm mais problemas de "Não Adesão ao tratamento", concordo com a X. São dados surpreendentes. É que não existem praticamente casos! Lá está, temos que ver o que se passa.*
>
> Grupo de discussão, Julho de 2005

Apesar das concepções de cuidados serem um aspecto que influencia de forma decisiva a documentação de enfermagem (Silva, 2001), vale a pena recordar que os 257 casos que servem de pretexto para esta análise são aqueles que estão dentro do sistema de acompanhamento dos centros de saúde; o que nos leva a supor que, com os utentes refractários, os problemas assumem contornos mais delicados. Por outro lado, o estudo

[18] Neste Programa de Saúde, apenas 9 Focos de atenção apresentam casos válidos, razão pela qual na tabela não surgem os 10 Focos de atenção mais frequentes.

de Padilha (2006) mostrou-nos as diferenças que podem existir entre os diagnósticos de enfermagem documentados nos SIE e aqueles que "realmente" os utentes apresentam, em particular naquilo que se refere às questões da *Adesão*.

Quando consideramos as dimensões centrais dos conteúdos do RMDE neste programa de saúde (Tabela 63), verificamos que a *Aprendizagem cognitiva do cliente* constitui o principal aspecto de saúde contemplado na documentação de enfermagem em uso. Por oposição e na linha daquilo que temos vindo a constatar, a *Aprendizagem de capacidades* (neste caso do cliente) continua a ser uma dimensão dos cuidados essencialmente exposta.

Tabela 63 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde - Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias -, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Controlo de Doenças Infecciosas e da Dependência de substâncias		
Dimensões	**N**	**%**
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*49*	*19,07*
Adaptação	*35*	*13,62*
Adesão	*25*	*9,73*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*4*	*1,56*
Auto cuidado	*3*	*1,17*
Total de casos no Programa de Saúde: Controlo de Doenças Infecciosas (...) – 257		

O relevo que a *Adaptação* assume na tabela anterior deriva dos 35 casos que têm documentado, pelo menos, um enunciado de diagnóstico relativo ao *Auto controlo: infecção*.

Apesar dos valores percentuais de cada uma das dimensões de saúde apresentadas e das limitações que lhe estão associadas, podemos constatar que a *Aprendizagem cognitiva* dos clientes e a promoção da *Adaptação* e da *Adesão* aos regimes terapêuticos prescritos, começam a figurar na documentação de enfermagem, o que acaba por ser bastante animador para o futuro.

5.3.1.2.1.2 Domicílio

O Programa de Saúde – Domicílio – inclui todos os casos inscritos nas "visitas domiciliárias" e no "apoio domiciliário integrado", perfazendo um total de 581 casos. O local de contacto – Domicílio – foi o critério que utilizámos nesta agregação, o que fez com que os casos inscritos no grupo de "dependentes" fossem associados ao Programa de Saúde do Idoso.

Apesar de existirem pontos de convergência entre o programa de saúde – Domicílio – e o programa – Idosos e Dependentes –, optámos por discuti-los em separado, na medida em que cada um apresenta algumas particularidades que vale a pena considerar.

De acordo com os consensos produzidos no grupo de discussão, as principais dimensões de saúde associadas a este programa de assistência seriam o *Auto cuidado*, a *Prevenção de complicações*, em particular as *Úlceras de pressão*, e o desenvolvimento de recursos cognitivos e instrumentais, por parte dos membros da família prestadores de cuidados, para *Tomar conta* das pessoas dependentes.

A tabela seguinte apresenta os 10 focos de atenção mais frequentes nos Domicílios. Conforme se percebe da leitura dos dados disponíveis é um facto que os *Auto cuidados* representam uma parte extremamente significativa da informação relativa ao RMDE, documentada nos SIE em uso localmente.

Tabela 64 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Domicílio (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Domicílio		
Foco	**N**	**%**
Auto cuidado: higiene	*168*	*28,92*
Auto cuidado: vestuário	*102*	*17,56*
Úlcera de Pressão	*92*	*15,83*
Queda	*92*	*15,83*
Deambular	*88*	*15,15*
Posicionar-se	*83*	*14,29*
Alimentar-se	*81*	*13,94*
Transferir-se	*80*	*13,77*
Auto cuidado: uso do sanitário	*57*	*9,81*
Gestão do Regime Terapêutico	*48*	*8,26*
Total de casos no Programa de Saúde: Domicílio – 581		

A *Prevenção de complicações*, como as *Úlceras de pressão* e as *Quedas*, constitui um eixo estruturante dos conteúdos em uso neste programa de saúde. Como seria esperável, o *Auto cuidado* surge no *top* das dimensões centrais dos conteúdos do RMDE definido (Tabela 65).

Tabela 65 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde - Domicílio -, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Domicílio		
Dimensões	**N**	**%**
Auto cuidado	*190*	*32,70*
Prevenção de complicações	*161*	*27,71*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*74*	*12,74*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*74*	*12,74*
Adesão	*61*	*10,50*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*44*	*7,57*
Adaptação	*26*	*4,48*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*17*	*2,93*
Total de casos no Programa de Saúde: Domicílio – 581		

Face ao significado que o *Auto cuidado* e a *Prevenção de complicações* assumem no contexto do Domicílio, e dado o carácter habitualmente crónico das dependências nas actividades de vida diária, seria admissível que a *Aprendizagem cognitiva* e de *capacidades dos prestadores de cuidados* patenteassem valores mais elevados. Em alternativa, poderíamos verificar valores mais consistentes no âmbito da *Aprendizagem* do próprio *cliente* para lidar com as suas dependências.

Dentro deste raciocínio, julgamos adequado afirmar que, no quadro do Programa de Saúde – Domicílio –, a aquisição de habilidades instrumentais por parte do cliente e a *Aprendizagem de capacidades* do prestador de cuidados para *Tomar conta*, ainda parecem situar-se no pólo dos conteúdos expostos, o que poderá configurar áreas prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados, neste contexto.

Exploradas as particularidades do programa de saúde – Domicílios –, vale a pena determo-nos sobre as especificidades dos casos incluídos no grupo dos Idosos e Dependentes.

5.3.1.2.1.3 Idosos e Dependentes

Dentro do grupo dos Idosos e Dependentes estão incluídos 1879 casos inscritos nos programas de “Saúde do Idoso” e 537 utentes provenientes do grupo “Dependentes”. À medida que fomos evoluindo na análise, tomámos consciência que os casos oriundos do grupo dos “Dependentes” tinham mais afinidades com o Programa de Saúde – Domicílios. Contudo, atendendo a todas as estratégias entretanto adoptadas para a montagem do material, mantivemos a lógica inicial de agregação dos casos. Assim, o Programa de Saúde Idosos e dependentes engloba 2416 casos.

Os consensos produzidos no grupo de discussão, relativamente às principais dimensões

dos cuidados associadas a este programa de saúde, são análogos às opções tomadas para os Domicílios.

A tabela que a seguir se apresenta refere os 10 focos de atenção mais frequentes neste contexto de assistência. Quando estabelecemos a comparação com os focos de atenção mais frequentes nos Domicílios, apercebemo-nos do relevo que adoptam aspectos de saúde como a *Adesão à vacinação*, o *Stress do Prestador de cuidados* e a *Aceitação do Estado de Saúde*.

Tabela 66 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Idosos e Dependentes (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Idosos e Dependentes		
Foco	**N**	**%**
Úlcera de Pressão	*228*	*9,44*
Adesão à vacinação	*192*	*7,95*
Auto cuidado: higiene	*92*	*3,81*
Gestão do Regime Terapêutico	*54*	*2,24*
Stress do Prestador de cuidados	*49*	*2,03*
Posicionar-se	*38*	*1,57*
Alimentar-se	*35*	*1,45*
Aceitação do Estado de Saúde	*33*	*1,37*
Deambular	*31*	*1,28*
Maceração	*29*	*1,20*
Total de casos no Programa de Saúde: Idosos e dependentes – 2 416		

Tendo presentes as dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE (Tabela 67), a leitura comparada dos resultados deste programa de saúde com os Domicílios, revela-nos que, no âmbito da assistência aos Idosos e Dependentes, existe uma diminuição dos valores percentuais em todas as dimensões, com a excepção da *Adesão,* que tem números semelhantes nos dois programas.

Tabela 67 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde – Idosos e Dependentes –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Idosos e Dependentes		
Dimensões	**N**	**%**
Adesão	*260*	*10,76*
Prevenção de complicações	*254*	*10,51*
Auto cuidado	*148*	*6,13*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*100*	*4,14*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*86*	*3,56*
Adaptação	*55*	*2,28*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*35*	*1,45*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*27*	*1,12*
Total de casos no Programa de Saúde: Idosos e dependentes – 2 416		

Dentro desta perspectiva de análise, podemos afirmar que os conteúdos ainda expostos no âmbito do programa de saúde dos Idosos e Dependentes são idênticos aos encontrados nos Domicílios. A marca de diversidade que assume aquele programa de saúde decorre do valor percentual dos casos associados ao foco de atenção - *Stress do prestador de cuidados.*

> Numa reunião com colegas dos Centros de Saúde da Sub Região de XXX:
>
> *X – Acho que o Stress do Prestador de cuidados ainda não é uma grande área explorada e devia ser. Naqueles dados que tu nos destes dos primeiros 3 meses, quase que não existem casos. Eu acho que nos Domicílios existem vários casos... acho que até é frequente, pelo menos mais frequente que aquilo que está no relatório. As famílias que tomam conta de pessoas dependentes durante muito tempo têm este problema... Temos tantos velhinhos que estão sempre a ir para as urgências dos hospitais... a família leva-os lá vezes sem fim, até que acabam por ficar internados e, se calhar, nem precisavam daquele internamento. Olhem, é uma área a que nós temos que dar prioridade... há muito sub - diagnóstico disto.*
>
> Notas de campo, Junho de 2005

Esta é uma área que, no contexto do acompanhamento às pessoas dependentes deve, com urgência, passar a figurar na realidade em uso, não só porque acarreta custos económicos, mas, acima de tudo, pelo impacte na qualidade de vida e bem-estar das pessoas, tal como o estudo de Santos (2004) revelou. Acreditamos que este aspecto de saúde, eventualmente sub – diagnosticado, poderá ser relevante no quadro da reforma dos cuidados de saúde primários.

5.3.1.2.1.4 Grupos de Risco e Saúde do Adulto

Quando estudámos em separado os programas Grupos de Risco e Saúde do Adulto, verificámos as similitudes que entre eles existiam, o que nos levou, nesta análise, a

apresentá-los em conjunto.

Da agregação deste dois programas de saúde resulta uma amostra com 12486 casos, 6984 provenientes dos Grupos de Risco e 5502 oriundos da Saúde do Adulto. Este conjunto de casos engloba, por exemplo, os utentes seguidos nas "Consultas de diabéticos" e de "Hipertensos".

Face à natureza do acompanhamento proporcionado a este tipo de utentes, foi entendimento do grupo de discussão que as áreas da *Adesão*, da *Adaptação* e da *Aprendizagem do cliente* para lidar com os seus problemas de saúde, representariam o núcleo nos conteúdos do RMDE associados ao programa de saúde – Grupos de Risco e Saúde do Adulto.

Da leitura dos dados na tabela 68 verificamos a existência de 40 casos relativos ao foco de atenção – *Comportamento de adesão durante a gravidez* –, o que pode ser justificado pelo facto de, nalgumas circunstâncias, uma utente que estava inscrita no programa de Saúde do Adulto ter engravidado e, após, não ter sido feita a sua inscrição na Saúde Reprodutiva.

Os 4 focos de atenção mais frequentes nos Grupos de Risco e Saúde do Adulto inscrevem-se dentro da área da *Adesão*. Por outro lado, devemos sublinhar a emergência de dois focos de atenção – *Aceitação do Estado de saúde* e *Auto controlo: infecção* – do âmbito da *Adaptação*.

Tabela 68 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes nos Programas de Saúde – Grupos de Risco e Saúde do Adulto (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Grupos de Risco e Saúde do Adulto		
Foco	**N**	**%**
Gestão do Regime Terapêutico	*1285*	*10,29*
Adesão à Vacinação	*1212*	*9,71*
Auto Vigilância	*397*	*3,18*
Adesão ao Regime Terapêutico	*298*	*2,39*
Aceitação do Estado de Saúde	*69*	*0,55*
Uso de Contraceptivos	*65*	*0,52*
Comportamento de adesão durante a gravidez	*40*	*0,32*
Dor	*26*	*0,21*
Úlcera de pressão	*23*	*0,18*
Auto controlo: infecção	*18*	*0,14*
Total de casos no Programa de Saúde: Grupos de Risco e Saúde do Adulto – 12 486		

No que se reporta às dimensões centrais do RMDE (Tabela 69), para além da *Adesão*, a *Aprendizagem cognitiva do cliente* apresenta um valor percentual assinalável, ao

contrário da *Aprendizagem de capacidades* (do cliente) que, apesar de ser a terceira dimensão mais frequente, ainda tem um valor pouco expressivo (1,47%).

A existência de alguns casos relativos à *Aprendizagem dos pais* e à *Parentalidade* é justificada pelo facto de algumas crianças estarem inscritas no Grupo de Risco – Diabetes.

Tabela 69 – Distribuição dos casos provenientes dos Programas de Saúde – Grupos de Risco e Saúde do Adulto –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Grupos de Risco e Saúde do Adulto		
Dimensões	**N**	**%**
Adesão	*2688*	*21,53*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*1484*	*11,89*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*183*	*1,47*
Adaptação	*93*	*0,74*
Prevenção de complicações	*36*	*0,29*
Auto cuidado	*28*	*0,22*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*25*	*0,20*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*11*	*0,09*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*9*	*0,07*
Parentalidade	*7*	*0,06*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*2*	*0,02*
Total de casos no Programa de Saúde: Grupos de Risco e Saúde do Adulto – 12 486		

Na sequência dos valores descritos na tabela anterior, julgamos ser seguro afirmar que, a *Adaptação* e a *Aprendizagem de capacidades do cliente* são aspectos dos cuidados situados nos territórios do exposto.

Após explorarmos as questões relativas aos Grupos de Risco e à Saúde do Idoso, avançamos na descrição dos dados que surgem associados à Saúde Infanto-Juvenil.

5.3.1.2.1.5 Saúde Infanto-Juvenil

A Saúde Infanto-Juvenil resulta da agregação dos casos provenientes da "Saúde Infantil" (6737 casos) e da "Saúde Juvenil" (449 casos).

Aquando da definição e exposição do modelo de dados, bem como da leitura dos resultados preliminares da segunda fase do projecto, as análises geradas no seio do grupo de discussão colocaram em destaque, no contexto da Saúde Infanto-Juvenil, dimensões da saúde como a *Parentalidade* e a *Aprendizagem dos pais* para o desempenho do *Papel Parental* e do *Tomar conta* da criança.

Conforme se pode constatar na tabela seguinte, efectivamente, o *Papel Parental* assume um lugar cimeiro no grupo dos focos de atenção mais frequentes neste contexto.

Contudo, focos de atenção como a *Amamentação* revelam valores percentuais bastante reduzidos, o que alinha com os resultados verificados no hospital para o domínio de assistência à Criança.

Tabela 70 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde Infanto-Juvenil (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Saúde Infanto-Juvenil		
Foco	**N**	**%**
Papel Parental	*580*	*8,07*
Adesão à vacinação	*316*	*4,40*
Amamentação	*69*	*0,96*
Uso de Contraceptivos	*38*	*0,53*
Gestão do Regime Terapêutico	*36*	*0,50*
Obstipação	*30*	*0,42*
Auto cuidado: higiene	*18*	*0,25*
Aspiração	*16*	*0,22*
Maceração	*16*	*0,22*
Desidratação	*9*	*0,13*
Total de casos no Programa de Saúde: Saúde Infanto-Juvenil – 7 186		

Também naquilo que se refere às dimensões centrais do RMDE (Tabela 71), os valores obtidos no âmbito do programa de Saúde Infanto-Juvenil revelam grande afinidade com aquilo que resultou da análise empreendida no domínio da assistência à Criança, nos hospitais.

O valor associado à *Adesão* deriva da frequência relativa do foco de atenção – *Adesão à vacinação* – que, nesta faixa etária, tem directrizes muito concretas e metas bem definidas, em termos do Plano Nacional de Vacinação (PNV). Por outro lado, no contexto dos cuidados de saúde primários, não será desprezível o peso que tradicionalmente a vacinação tem nas práticas de enfermagem.

Os reduzidos valores encontrados para a *Aprendizagem de capacidades dos pais* não são compensados por percentagens significativas na aquisição de habilidades por parte dos clientes, neste caso, as próprias crianças.

Tabela 71 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde – Infanto-Juvenil –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Saúde Infanto-Juvenil		
Dimensões	**N**	**%**
Aprendizagem cognitiva (pais)	*597*	*8,31*
Adesão	*358*	*4,98*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*109*	*1,52*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*99*	*1,38*
Parentalidade	*69*	*0,96*
Prevenção de complicações	*25*	*0,35*
Auto cuidado	*19*	*0,26*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*13*	*0,18*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*11*	*0,15*
Adaptação	*7*	*0,10*
Total de casos no Programa de Saúde: Saúde Infanto-Juvenil – 7 186		

Neste enquadramento, podemos afirmar que a promoção da *Parentalidade*, através da *Aprendizagem cognitiva* dos pais para *Tomar conta,* e a *Aprendizagem dos clientes* (crianças), para lidarem com os seus problemas de saúde e transições, são as dimensões com maior expressão neste programa de saúde.

A Saúde Reprodutiva representa o último programa em análise.

5.3.1.2.1.6 Saúde Reprodutiva

Sob a designação de Saúde Reprodutiva alojam-se diversas áreas de atendimento, como a "Saúde materna", o "Planeamento familiar", o "Puerpério" ou a "Preparação psico – profilática para o parto", totalizando 14579 casos.

Os consensos produzidos no grupo de discussão, relativamente aos principais focos de atenção que caracterizam a Saúde Reprodutiva, apontavam para aspectos de saúde como a *Auto vigilância,* o *Planeamento Familiar*, os *Comportamentos de adesão durante a gravidez* ou a *Amamentação*. Áreas como a *Aprendizagem dos pais* para o exercício do *Papel Parental* e do próprio cliente para o desenvolvimento de comportamentos promotores da saúde, eram consideradas dimensões dos cuidados a privilegiar.

A tabela seguinte apresenta os 10 focos de atenção, incluídos na estrutura substantiva do RMDE, mais frequentes no quadro da Saúde Reprodutiva.

Tabela 72 – Distribuição dos casos pelos 10 Focos de atenção mais frequentes no Programa de Saúde – Reprodutiva (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Focos de atenção mais frequentes - Saúde Reprodutiva		
Foco	**N**	**%**
Auto Vigilância	*978*	*6,71*
Uso de Contraceptivos	*604*	*4,14*
Adesão à vacinação	*602*	*4,13*
Comportamento de adesão durante a gravidez	*520*	*3,57*
Amamentação	*136*	*0,93*
Adaptação à Gravidez	*111*	*0,76*
Gestão do Regime Terapêutico	*84*	*0,58*
Auto controlo: infecção	*47*	*0,32*
Planeamento Familiar	*46*	*0,32*
Papel Parental	*30*	*0,21*
Total de casos no Programa de Saúde: Saúde Infanto-Juvenil – 14 579		

Apesar dos focos de atenção mais frequentes na Saúde Reprodutiva incluírem as áreas em torno das quais foi gerado consenso, verificamos que de uma forma geral, os valores percentuais são bastante reduzidos. Este facto parece não poder ser explicado pelo significado epidemiológico que, efectivamente, aqueles aspectos de saúde têm neste contexto de cuidados. Como nos dizia um dos participantes no grupo de discussão: *"esses valores que temos para os diferentes fenómenos... são valores muito baixos, talvez porque muitos casos são registados no foco Gravidez e na Auto – administração de medicamentos..."* (Grupo de discussão, Outubro de 2005). Como vimos, se os dados não forem documentados de acordo com os requisitos de comparabilidade definidos, não são passíveis de tratamento, por parte do modelo de agregação consensualizado.

A tabela 73 sintetiza a distribuição dos casos provenientes da Saúde Reprodutiva, em função das dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE.

Tabela 73 – Distribuição dos casos provenientes do Programa de Saúde – Reprodutiva –, em função das Dimensões dos cuidados representadas nos elementos clínicos do RMDE (organizados por ordem descendente dos valores percentuais)

Dimensões centrais do RMDE - Saúde Reprodutiva		
Dimensões	**N**	**%**
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*1773*	*12,16*
Adesão	*1467*	*10,06*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*294*	*2,02*
Parentalidade	*240*	*1,65*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*152*	*1,04*
Adaptação	*55*	*0,38*
Prevenção de complicações	*21*	*0,14*
Auto cuidado	*18*	*0,12*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*17*	*0,12*
Total de casos no Programa de Saúde: Saúde Infanto-Juvenil – 14 579		

A leitura das dimensões centrais do RMDE, no quadro da Saúde Reprodutiva, revela-nos que a *Aprendizagem cognitiva do cliente* e a *Adesão* parecem ser as únicas áreas dos cuidados que, de forma sólida, fazem parte da documentação em uso.

A *Aprendizagem dos pais* para *Tomar conta* e a *Parentalidade*, dimensões tidas como relevantes para este contexto de cuidados, apresentam valores percentuais que as colocam no âmbito dos modelos expostos, configurando importantes desafios aos programas locais de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Após termos analisado os dados relativos aos principais programas de saúde, importa tecer algumas considerações acerca dos 35760 casos que, nos centros de saúde, não estão inscritos em nenhum dos programas em uso. Da exploração dos dados, apercebemo-nos que, com a excepção da *Adesão* (6,86%) e da *Aprendizagem cognitiva* dos clientes (6,03%), todas as outras dimensões de saúde representadas no RMDE, tinham fraca expressão. Os valores encontrados para a *Adesão* e a *Aprendizagem* dos clientes indicam-nos a existência de um grupo de utentes próximo do padrão característico dos Grupos de Risco (Diabéticos e Hipertensos). Neste cenário, somos levados a admitir que a grande maioria dos utentes "sem programa de saúde", tiveram contactos de enfermagem, muito provavelmente, motivados por aspectos que não estão incluídos no RMDE ou para a realização de intervenções de enfermagem que derivam da prescrição médica.

Tendo em consideração aquilo que foi descrito para a realidade do hospital e dos centros de saúde e, dado o relevo do(s) *Auto cuidado*(s) e de focos de atenção como a *Gestão do Regime Terapêutico*, a *Adesão à vacinação* e a *Auto vigilância*; as *"Acções realizadas*

pelo próprio" (ICN, 2002; 2005) põem em destaque os comportamentos desenvolvidos pelos clientes para, de forma activa e com base na sua intencionalidade, lidarem com as transições.

As frequências relativa dos principais diagnósticos de enfermagem documentados e respectivos focos de atenção, parecem querer indicar que dimensões da saúde, como a *Adaptação* ou o desenvolvimento de recursos para o exercício do *Tomar conta*, tidas como centrais no modelo de agregação de dados, ainda são do âmbito do exposto.

Os dados que temos disponíveis mostram-nos que uma parte significativa dos casos em análise têm, pelo menos, um diagnóstico de enfermagem documentado no âmbito do *Auto cuidado,* o que é particularmente relevante no hospital. É um facto que esta dimensão da saúde assume um papel de destaque nos conteúdos do RMDE em uso na documentação de enfermagem. A *Adesão*, a *Aprendizagem cognitiva* do cliente e a *Prevenção de complicações*, também representam áreas dos cuidados com um número significativo de casos.

As *Aprendizagens* (cognitiva e capacidades) dos pais e dos prestadores de cuidados para o desempenho do *Tomar conta* representam as dimensões da saúde com menor casuística. Dentro desta perspectiva, representam desafios interessantes para o desenvolvimento das práticas.

Descritas as frequências com que os principais diagnósticos, focos de atenção e dimensões dos cuidados surgem na documentação de enfermagem em uso; avançamos na exploração das questões relativas às intervenções de enfermagem, que integram os conteúdos clínicos do RMDE definido.

5.3.2 Das Intervenções de enfermagem

No terceiro capítulo desta dissertação discutimos o conjunto das 545 intervenções de enfermagem, que integram os conteúdos clínicos do RMDE. Tivemos oportunidade de sublinhar que o interesse dos comportamentos dos enfermeiros na prática, para efeitos do modelo de agregação de dados desenhado, não se prendia com a produção de sínteses informativas relativas às intervenções; antes para a mediação dos resultados de enfermagem, que o painel de sínteses informativas ensaiadas se propõe traduzir.

No âmbito da exploração dos aspectos relativos aos "modelos em uso" e ao "modelo exposto", vale a pena considerar o comportamento das intervenções de enfermagem que integram o RMDE. Acreditamos que a sua análise pode fornecer importantes contributos para a compreensão da distância que fica, entre aquilo que a documentação de enfermagem já viabiliza e aquilo que "idealmente" se deseja.

Quando avançámos no estudo do material relativo às intervenções de enfermagem, procurámos manter a lógica que utilizámos na exploração empreendida acerca dos diagnósticos de enfermagem e respectivos focos de atenção. Contudo, à medida que evoluímos no trabalho, tomámos consciência da redundância da discussão, por força da congruência existente entre os focos de atenção e principais dimensões dos cuidados, representadas no RMDE, e as intervenções que lhe estão associadas.

Conforme se constata no anexo 5, cada foco de atenção e respectivos diagnósticos tem associado um conjunto de intervenções de enfermagem. Dentro deste raciocínio, constámos que as intervenções de enfermagem que ainda são, essencialmente, do domínio do exposto são aquelas que, em cada um dos contextos, estão associadas aos focos e dimensões dos cuidados, também eles ainda do domínio do exposto. Quer isto dizer que, por exemplo, as intervenções de enfermagem dirigidas à *Aprendizagem de capacidades*, nomeadamente aquelas que têm por Tipo de Acção – *Instruir* ou *Treinar* (ICN, 2002) –, são as que revelam frequências de utilização mais baixas.

Apesar da realidade que descrevemos nos parágrafos anteriores, parece-nos útil discutir o significado que as intervenções que integram o RMDE têm no contexto de todas as intervenções de enfermagem realizadas. Para além disso, a descrição das intervenções que com maior frequência foram implementadas e a sua distribuição, à luz dos cinco grandes *"Tipos de Acção"* da versão Beta da CIPE®, pode configurar um pretexto interessante para análise.

Para a realização deste trabalho, recorremos às frequências de implementação de cada intervenção, tendo por base o material que resultou do estudo exploratório. A estrutura dos SIE embutidos na RIS permite-nos saber quantas vezes cada uma das intervenções de enfermagem foi, efectivamente, realizada. Este recurso constitui uma mais-valia preciosa para a análise que propomos.

No terceiro capítulo desta dissertação, a respeito das questões relativas à dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros, tivemos oportunidade de salientar a existência de dois grandes tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas pela prescrição de outro técnico – *Intervenções interdependentes* – e as que resultam da prescrição do enfermeiro – *Intervenções autónomas* (OE, 2001).

Relativamente aos 88628 casos incluídos na nossa amostra foram realizadas 5779082 intervenções de enfermagem. Este valor engloba, quer intervenções interdependentes, quer intervenções autónomas. Para a computação daquele número, foi contabilizada cada uma das vezes que uma dada intervenção foi realizada. Como é natural, uma mesma intervenção pode ter sido contabilizada mais do que uma vez num mesmo utente.

A título de exemplo, podemos dizer que a intervenção de enfermagem – *Aliviar zona de pressão através de almofada* – foi realizada 29572 vezes, no total da amostra. Urge clarificar que o facto da intervenção ter sido realizada 29572 vezes, não significa que tenha sido implementada em igual número de utentes ou episódios de internamento.

A tabela seguinte sintetiza a distribuição percentual das intervenções de enfermagem documentadas como realizadas, no total da amostra.

Tabela 74 – Distribuição das intervenções de enfermagem realizadas no total da amostra, tendo em consideração a natureza da prescrição

Intervenções de Enfermagem documentadas (total amostra)		
Intervenções realizadas	**N**	**%**
Intervenções interdependentes	*905293*	*15,66*
Intervenções autónomas	*4873789*	*84,34*
Total	**5779082**	**100,00**

As intervenções que resultam da tomada de decisão dos enfermeiros representam aquelas que com maior frequência foram utilizadas, entre 1 de Março e 31 de Outubro de 2005.

O número de intervenções autónomas de enfermagem disponíveis na RIS situa-se na ordem dos 1400 enunciados. Neste momento, vale a pena considerar o peso relativo que as intervenções incluídas na estrutura substantiva do RMDE têm, no quadro de todas as intervenções que resultam da prescrição dos enfermeiros. A tabela seguinte apresenta a distribuição percentual das intervenções incluídas no RMDE, relativamente ao total de intervenções autónomas de enfermagem documentadas como realizadas.

Tabela 75 – Distribuição das intervenções autónomas de enfermagem realizadas no total da amostra, em função da sua inclusão nos conteúdos do RMDE

Intervenções Autónomas de Enfermagem documentadas (total amostra)		
Intervenções realizadas	**N**	**%**
Intervenções incluídas no RMDE	*876088*	*17,98*
Intervenções excluídas do RMDE	*3997701*	*82,02*
Total	**4873789**	**100,00**

Os dados disponíveis na tabela anterior mostram-nos que as intervenções incluídas na estrutura do RMDE, apenas representam 17,98% de todas as intervenções de enfermagem, que resultam da prescrição dos enfermeiros. Na nossa opinião, estes valores são bastante significativos. Assim, se aceitarmos que as intervenções do RMDE representam uma parte substancial do exercício tendente a uma *"enfermagem avançada"* (Locsin, 2002), somos levados a admitir que as intervenções capazes de produzir resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros ainda são uma realidade,

essencialmente, exposta.

> *X – Não nos podemos esquecer que muitas das intervenções que documentamos são para produzir dados de vigilância. Todos sabemos a quantidade de registos feitos para as vigilâncias. Acho que essas intervenções devem ser muitas... são de certeza, basta fazer uma pequena análise dos nossos registos diários.*
>
> *Y – Pois, e para além dos monitorizar e vigiar, nós temos que documentar muitas coisas que fazemos aos doentes e que não interessam para o RMDE. Mas, sinceramente, eu pensava que íamos ter mais intervenções do RMDE, nestes dados que o Filipe nos deu.*
>
> Grupo de Discussão, Outubro 2005

Como vimos, os SIE visam funções que estão para além da recolha do RMDE definido. No entanto, acreditamos que à medida que formos capazes de consolidar um exercício profissional orientado para os ganhos em saúde, as intervenções de enfermagem capazes de produzir aqueles resultados, serão cada vez mais frequentes na documentação.

Das 545 intervenções de enfermagem que foram incluídas no RMDE definido, apenas 509 acabaram por ser utilizadas. Na tabela seguinte apresentamos os 10 enunciados daquele grupo que, com maior frequência, foram utilizados, durante o período em que decorreu a colheita de dados.

Tabela 76 – Distribuição das 10 intervenções de enfermagem do RMDE mais frequentes, no total da amostra (organizadas por ordem descendente dos valores percentuais)

Intervenções de Enfermagem incluídas no RMDE mais frequentes		
Intervenção	**N**	**%**
Gerir o ambiente físico	*59505*	*6,79*
Incentivar ingestão de líquidos	*47822*	*5,46*
Massajar partes do corpo	*43755*	*4,99*
Gerir a analgesia	*39154*	*4,47*
Aplicar creme	*38347*	*4,38*
Manter grades da cama	*35557*	*4,06*
Aliviar zona de pressão através de almofada	*29572*	*3,38*
Elevar a cabeceira da cama	*23639*	*2,70*
Executar tratamento à úlcera de pressão	*22227*	*2,54*
Executar técnica de posicionamento	*18523*	*2,11*

É interessante verificar que este conjunto de 10 intervenções totaliza quase metade (44,58%) de todas aquelas que foram implementadas, durante os 8 meses em que decorreu o estudo exploratório. Devemos reconhecer que existem intervenções de enfermagem que, dado o seu carácter, ao longo de 24 horas (no caso do Hospital) são realizadas com grande frequência. Contudo, pensamos que este facto não esvazia de sentido a análise que aqui produzimos.

Quando nos detemos sobre a natureza das intervenções do RMDE que foram utilizadas com maior frequência, deparamo-nos com algumas questões relativas à real capacidade de, algumas delas, produzirem resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem. Vale a pena recordar as dúvidas experimentadas pelo grupo de discussão, no trabalho de definição das intervenções capazes de viabilizar os resultados de enfermagem. Curiosamente, algumas das discussões, então geradas, prendiam-se com intervenções como: *Gerir o ambiente físico.* Defendemos que o desenvolvimento de projectos de investigação que tomem por objecto de estudo a efectividade das intervenções de enfermagem, para além de serem uma oportunidade que resulta da existência de RMDE, são uma prioridade para a consolidação do corpo de conhecimentos próprios da disciplina. Além disso, o refinamento dos conteúdos dos RMDE e dos seus padrões de leitura será, com toda a certeza, promovido pelos resultados de pesquisas que se situem naquela linha.

A análise que produzimos revelou-nos 36 enunciados de intervenções de enfermagem que, apesar de fazerem parte da estrutura substantiva do RMDE, nunca foram documentados (Anexo 10).

As intervenções de enfermagem com frequências de utilização reduzidas dirigem-se, fundamentalmente, a dimensões de cuidados como a *Aprendizagem de capacidades*, bem como a focos de atenção como o *Auto controlo*; aspectos que ainda se situam nos territórios do "modelo exposto". Ao contrário de muitas das intervenções de enfermagem incluídas no RMDE, estes enunciados não têm aquilo que se pode designar por "intervenções sinónimo" (cfr. Quadro XV), o que nos leva a dizer que, efectivamente, nunca foram realizadas. Estes resultados são congruentes com a distribuição das intervenções de enfermagem utilizadas nos 88628 casos, pelos principais *"Tipos de Acção"* da versão Beta da CIPE® (Tabela 77).

Tabela 77 – Distribuição das intervenções de enfermagem do RMDE, utilizadas no total da amostra, em função dos 5 principais Tipos de acção da CIPE® (versão Beta)

Distribuição das Intervenções de Enfermagem incluídas no RMDE pelos 5 principais Tipos de Acção da CIPE® (versão Beta)		
Tipo de Acção	**N**	**%**
Observar	*9635*	*1,10*
Gerir	*302571*	*34,54*
Executar	*151526*	*17,30*
Atender	*218274*	*24,91*
Informar	*194082*	*22,15*
Total	**876088**	**100,00**

Os dados disponíveis na tabela anterior encerram alguns aspectos que merecem nota.

As intervenções do tipo *Gerir*, que como vimos no terceiro capítulo da dissertação, representam apenas 7,13% do conjunto de 545 intervenções definidas para o RMDE, aqui tiveram a maior frequência de utilização relativa. Esta posição cimeira resulta do facto de cinco (5) das dez (10) intervenções do RMDE mais frequentes fazerem parte deste Tipo de Acção. Com efeito, *Optimizar*, *Aplicar* e *Manter* são espécies de *Gerir* (ICN, 2002, p. 147 – 150).

As intervenções do tipo *Informar* apresentam uma frequência de utilização relativa (22,15%) reduzida; isto se tivermos em consideração o facto de que representam dois terços de todos os enunciados de intervenções do RMDE. Para além do mais, as intervenções que estão associadas à *Aprendizagem de capacidades* (i.e.: *Instruir* e *Treinar*), perfazem somente 18,33% dos enunciados englobados no Tipo de Acção *Informar* e, no total da amostra, apenas 4,06% das intervenções documentadas.

Neste contexto, podemos afirmar que as intervenções de enfermagem que ainda se situam nos territórios do "exposto" são aquelas que se dirigem a dimensões dos cuidados como a *Adaptação* e a *Aprendizagem* para o exercício do *Tomar conta*; o que é particularmente notório nas frequências de utilização relativa das intervenções do tipo *Informar*.

Postulamos que o desenvolvimento das práticas, centrado nos domínios da disciplina, será decidido pela incorporação no quotidiano de estratégias promotoras da efectiva utilização de intervenções capazes de ajudar as pessoas nas suas transições. Neste caminho que se perfila, a investigação, para além do estudo dos principais aspectos de saúde sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, deverá, em paralelo, preocupar-se com o conhecimento e desenvolvimento de actividades terapêuticas competentes na produção de ganhos em saúde, que se inscrevam na dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros.

5.4 Os modelos em uso e o modelo exposto

Ao longo deste capítulo, de forma recorrente, têm surgido elementos que nos remetem para a temática dos factores que ajudam a explicar a distância que fica entre aquilo que já é uma realidade em uso e o que ainda se situa no âmbito do "modelo exposto".

Neste ponto pretendemos fazer a síntese do conjunto daqueles factores; o que no futuro, sob o ponto de vista dos processos de implementação de RMDE, poderá ser útil para cada um dos contextos de acção.

5.4.1 Contingências

As contingências que medeiam os "modelos em uso" e o "modelo exposto", dividem-se

em duas grandes categorias: uma relativa a elementos prévios à documentação e outra, mais centrada na problemática dos SIE. Estas categorias de factores emergiram dos discursos produzidos no âmbito do grupo de discussão e das notas de campo produzidas a partir das reuniões e encontros realizados, em cada uma das unidades participantes na segunda fase do projecto.

Na linha das opções metodológicas que tomámos, o desenvolvimento das categorias e subcategorias foi ocorrendo à medida que os dados iam sendo recolhidos e a interacção com os participantes era intensa. Desta forma, tivemos a possibilidade de proceder ao seu refinamento, o que nos permitiu perceber os principais temas e as condições de produção dos discursos. Dada a natureza da abordagem adoptada, acreditamos que os factores que explicam o hiato entre os "modelos em uso" e o "modelo exposto" não se esgotam nas condições aqui discutidas. Estas, resultam de ambientes de produção dos discursos muito concretos e de um trabalho particular de atribuição de sentido que realizámos, em busca de traços de significação e de exemplaridades.

5.4.1.1 Prévias à documentação

No que se reporta aos factores prévios à documentação e que se revelaram capazes de influenciar a natureza dos dados relativos ao RMDE recolhidos, destacam-se quatro subcategorias: as concepções de cuidados; os processos de diagnóstico; os modelos / estratégias adoptadas na organização e distribuição do trabalho de enfermagem; e por último, os programas de qualidade usados à escala local.

5.4.1.1.1 As concepções de cuidados

A produção, processamento e documentação de informação é um elemento central da dinâmica dos cuidados, pelo que a influência que as concepções de cuidados exercem sobre este particular não deve ser menosprezada. Com efeito, *"é de esperar que o conceito de enfermagem de uma enfermeira ou de um grupo seja um dos factores que influenciam os comportamentos profissionais das enfermeiras"* (Basto, 1998, p. 81).

As concepções de enfermagem estão fortemente associadas a valores que caracterizam a prestação de cuidados, os quais passam pela forma como cada enfermeiro vê e interpreta o seu papel. O estudo de Basto (Idem) confirmou esta associação e estudos posteriores (Silva, 2001; Pereira, 2001) reforçaram a influência que as formas particulares de pensar os cuidados têm sobre a informação documentada e o valor que lhe é atribuído. Os discursos dos participantes envolvidos na segunda fase deste estudo, acabaram por colocar em destaque esta realidade.

Quadro XXVI – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Concepções de cuidados

Categoria: Factores prévios à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Concepções de cuidados	*"Muitas vezes, o nosso trabalho é tanto... nós ficamos muito concentrados naquelas tarefas... nas rotinas. Preparar doentes para exames, ter a medicação toda pronta... isso acaba por influenciar a nossa forma de pensar... acho que também é isso."* (Grupo de discussão, Julho de 2005)
	"Durante muito anos tivemos uma forma de trabalhar e de fazer os nossos registos. Mas, as coisas mudam... estão sempre a mudar. É importante... mas eu reconheço que tenho dificuldades. É outra forma de registar e até de pensar. Dantes eu tinha os tratamentos às feridas e tinha tudo muito organizado; agora tenho um grupo de utentes ou famílias e é mais difícil organizar-me... e saber quais são os diagnósticos de enfermagem. Reconheço as minhas dificuldades... eu tenho dificuldades. Mas, acho que vou conseguir... estou a fazer o esforço." (Notas de campo, Abril de 2005)
	"Por exemplo nos auto cuidados. É uma área muito cara aos enfermeiros. Mas vejo lá pelo meu serviço. O que ainda fazemos é dar banho aos doentes, substituindo-os... Ainda não temos muito por objectivo a promoção da independência, ainda não temos isso muito presente. Pensamos muito na parésia, na dispneia e na arritmia. Acho que é mais fácil dar banho, do que treinar o doente a ser independente... acho que é isso. Temos que meter isto nos cuidados, na forma como planeamos e executamos." (Grupo de discussão, Julho de 2005)

Os discursos dos participantes revelam-nos que, nalgumas circunstâncias, os cuidados são concebidos como um conjunto de tarefas que é necessário realizar, e não como respostas dirigidas a necessidades pessoais que cada cliente apresenta, em cada momento. Este facto acaba por influenciar decisivamente aquilo que a documentação versa e, por força de razão, os dados disponíveis para a constituição de informação válida relativa ao exercício profissional dos enfermeiros.

5.4.1.1.2 O diagnóstico em enfermagem

As dificuldades sentidas pelos enfermeiros no processo de diagnóstico, é outro dos factores que parece concorrer para a distância que fica entre os "modelos em uso" e o "modelo exposto". Neste momento, podemos assumir que dimensões dos cuidados que

se inscrevem no âmbito da *Interacção de Papéis*[19], como o *Tomar conta* ou a *Parentalidade*, e no quadro do desenvolvimento de respostas *Adaptativas* eficazes, fazem parte dos conteúdos do RMDE ainda expostos.

O estudo realizado por Silva em 2001 revelou que as "*Funções"* (ICN, 2002, p. 17) continuam a ser a principal dimensão representada nos diagnósticos de enfermagem documentados nos SIE. Os discursos dos participantes no nosso estudo são consistentes com esses achados.

Quadro XXVII – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Diagnóstico em Enfermagem

Categoria: Factores prévios à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Diagnóstico em Enfermagem	*" A Aceitação do estado de saúde ou o Stress do prestador de cuidados... isto é complicado. Não é como dizer, este utente tem uma Úlcera varicosa, este uma Ferida traumática... aquele Hipertensão, são coisas mais óbvias. Isto é fácil, agora alguns dos focos do resumo são complicados. Acho que não vai ser com duas ou três formações que vamos resolver o problema. É um caminho que se faz, como se costuma dizer, caminhando."* (Notas de campo, Junho de 2005)
	"Eu ainda tenho muitas dúvidas entre aquilo que é Gestão ineficaz do regime terapêutico e Adesão não demonstrada. As pessoas pensam que é fácil, eu acho um pouco complicado este tipo de fenómenos. Há tempos o colega da escola, o X, esteve aqui a falar connosco sobre a Gestão do regime... fiquei mais elucidada, mas depois, no dia – a – dia, ainda tenho algumas dificuldades." (Notas de campo, Maio de 2005)
	"Ok. Eu até faço e registo o problema. Mas depois, também tenho as intervenções... é que não é só registar. Existem intervenções que são complicadas e temos que ter formação sobre elas. Não são intervenções fáceis, são intervenções que exigem muita organização e conhecimento. Temos que ter manuais de procedimentos aqui no serviço..." (Notas de campo, Maio de 2005)

[19] A Interacção de Papéis é uma forma de *"interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperado pelos outros"* (ICN, 2002, p. 63).

	"Não tenho dúvidas que muitos dos focos que têm poucos dados, como o Auto controlo: dor ou incontinência intestinal, que no meu serviço... eu acho que existem muitos casos, não aparecem, porque temos dificuldades em identificar esses focos... esses diagnósticos. Basta ver que muitos dos colegas, que estão aqui no grupo, trataram de organizar formações sobre vários focos. Isso revela as nossas dificuldades. Mas acho que é por aqui!" (Grupo de discussão, Outubro, 2005)

A incerteza na formulação diagnóstica, em dimensões que vão para além da *Prevenção de complicações* ou o *Auto cuidado,* joga um papel crucial na explicação das reduzidas frequências relativas de casos associados a alguns focos de atenção. Os resultados dos recentes estudos de Sousa (2005) e Padilha (2006) reforçam esta assunção.

Esta subcategoria de factores, na medida em que se refere aos processos de tomada de decisão em enfermagem, também abarca as questões relativas à prescrição e implementação de intervenções autónomas, que ficam fora daquilo que é habitual, rotineiro ou fortemente enraizado na(s) cultura(s) profissional(ais). A sistematização e profissionalização das intervenções capazes de produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, deverá ser a via a seguir.

5.4.1.1.3 Os modelos de organização e distribuição do trabalho dos enfermeiros

No contexto deste estudo, apercebemo-nos que a qualidade e a quantidade dos dados documentados nos SIE guardam uma estreita relação com os modelos de organização e distribuição do trabalho de enfermagem.

A organização do trabalho dos enfermeiros, em torno de esquemas de tarefas tradicionalmente instituídas, numa perspectiva "Taylorista", concorre para a relevância que a informação assume, para efeitos da relação de cuidados. Assim, quando os cuidados a implementar são ditados por um conjunto de tarefas pré – determinadas, as necessidades de informação serão, à partida, menos significativas e, neste sentido, também os dados documentados nos SIE.

Quadro XXVIII - Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Modelos de organização e distribuição do trabalho dos enfermeiros

Categoria: Factores prévios à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Modelos de organização e distribuição do trabalho dos enfermeiros	*"Eu penso que isto está muito bem e quando nos falas, tudo isso é correcto e necessário. Mas quando me metem num táxi e me dizem, directa ou indirectamente, que tenho que fazer sete ou dez domicílios em 3 horas... é impossível. Tenho que chegar lá e fazer o tratamento à úlcera ou trocar a sonda nasogástrica e seguir para o próximo. Não tenho, rigorosamente, tempo para mais nada, ainda que isso me faça todo o sentido. Acho que é importante preparar as famílias... se fosse possível, até o número de domicílios baixava."* (Notas de campo, Maio de 2005)
	"Nós aqui não trabalhamos à tarefa. Mas mudamos muitas vezes de doentes. Assim, é difícil fazer um trabalho de continuidade. Eu preferia ficar sempre com os mesmos doentes... era mais fácil, acho que era melhor. Da forma actual, os doentes durante o internamento não têm um enfermeiro de referência. Isso não é assim com os médicos. Sabemos de quem são os doentes... acho que até promovia o trabalho em equipa. Bom, mas parece que no futuro o hospital quer implementar este modelo... eu sou completamente a favor." (Notas de campo, Junho de 2005)

A partir dos discursos produzidos, podemos concluir que lógicas de organização e distribuição do trabalho de enfermagem orientadas para a "vinculação" de um conjunto de clientes a um enfermeiro, poderão constituir uma estratégia de melhoria da qualidade do exercício e, naturalmente, da informação relativa aos cuidados nos SIE.

5.4.1.1.4 Os programas de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício

A necessidade de desenvolver sistemas de melhoria da qualidade do exercício profissional, já gerou grande consenso entre a comunidade de enfermagem Portuguesa. Ao longo desta dissertação foi ficando evidente a relação dialéctica entre aqueles sistemas de qualidade e a natureza da informação disponível nos SIE.

Quando evoluímos na exploração das contingências associadas ao hiato entre os "modelos em uso" e o "modelo exposto", constatámos que as iniciativas locais de implementação de programas de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício, acabavam por ter reflexos nos dados documentados e nos resultados obtidos.

Quadro XXIX – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Programas de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício

Categoria: Factores prévios à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Programas de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício	*"Acho que é este o caminho. Temos que escolher dois ou três focos e investir neles, em cada programa. Acho que os resultados da consulta da gravidez mostram isso mesmo. É interessante ver estes resultados nos cuidados à grávida. Temos uma consulta muito bem organizada, temos pessoas muito motivadas e que perceberam o trabalho, definiram objectivos... que sabem de saúde materna e infantil... os resultados estão aí. Temos muitos casos, porque eles existem, as nossas grávidas não são diferentes dos outros centros de saúde, e os resultados são muito bons."* (Notas de campo, Julho de 2005)
	"Os nossos resultados até nem são muito bons. Na anquilose vê-se que nós temos muito mais casos que as outras medicinas. Porquê? Porque temos aquele projecto de prevenção dos riscos dos AVC e estamos mais centrados neste tipo de fenómenos. Agora é continuar e procurar outros resultados, temos que investir nas intervenções. Até agora estávamos preocupados com o diagnóstico, o próximo passo é intervir melhor, para termos outros resultados." (Grupo de discussão, Outubro, 2005)

De facto, os contextos que têm em curso projectos de melhoria da qualidade do exercício, apresentam as maiores frequências relativas e os melhores resultados de ganhos em saúde, nos focos de atenção que fazem parte daqueles projectos. Neste contexto, podemos afirmar com segurança que, os programas de melhoria da qualidade são um dos factores que promove a aproximação dos "modelos em uso" ao "modelo exposto". O recente estudo de Martins (2006), centrado nos resultados, vem reforçar esta nossa convicção.

Advogamos que o sentido é mesmo, "... *escolher dois ou três focos e investir neles...";* desenvolvendo uma consciência de que a qualidade não é exterior a cada um, que exige acções concertadas e uma realidade passível de ser monitorizada e promovida de forma contínua. Como nos dizia um dos participantes, *"... o próximo passo é intervir melhor, para termos outros resultados".*

5.4.1.2 Relativas à documentação

Esta categoria de factores atravessa aspectos associados à linguagem, à estrutura e aos conteúdos dos SIE em uso. Organiza-se em torno de quatro subcategorias: da tradição

Scripto ao discurso *Informo*; a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem; a estrutura do SIE; e a cristalização dos conteúdos nos SIE.

5.4.1.2.1 Da tradição *Scripto* ao discurso *Informo*

Silva, em 1995, colocou a problemática da informação que resulta das práticas, muito para além do mero *"fazer registos"*. O rumo do nosso estudo foi tornando claro que, a forma como a documentação é entendida, é uma variável a considerar nas estratégias de optimização e gestão da informação.

A qualidade dos dados disponíveis nos SIE é sempre discutível, em especial, nos contextos de acção onde a documentação de enfermagem é concebida como mais uma das actividades a desenvolver, no sentido de dar cumprimento a um conjunto de tarefas bem definido.

Quadro XXX – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Da tradição *Scripto* ao discurso *Informo*

Categoria: Factores relativos à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Da tradição Scripto ao discurso Informo	*"Como os dados vão ser usados para este tipo de leituras, acho que devemos ter todos mais atenção. No fundo, não são registos só para nós. A gente dantes, não vai há muito tempo, tínhamos a ideia que tínhamos que fazer registos... no fim do turno tratávamos de escrever aquilo que achávamos que era importante, relatando o ocorrido, e pronto. Agora, ainda para mais com isto (…), temos que saber que a informação não é só para nós, que vai ser usada... não é alguma coisa que no fim do internamento vai para o arquivo (...). Quando começamos a implementar a CIPE® já falávamos disto, mas agora é mais real."* (Notas de campo, Maio de 2005)
	"Às vezes, aqui no centro, até pensava: para quê fazer registos? A gente ia a congressos e as pessoas falavam dos SIE e da CIPE® e ficava aquela ideia, mas depois... Agora, quando a X trouxe aqueles dados, eu fiquei toda contente, vejo que é para alguma coisa... não é só para a Sub Região e a ARS, vejo que são dados para nós usarmos, para melhorarmos... não é para nos controlar. É isto que eu penso e que me têm dito." (Notas de campo, Julho 2005)

	"Temos que perceber que os nossos dados, os nossos registos, ainda para mais quando estão no IGIF, podem servir para muita coisa. Por isso temos que ser mais precisos. Em Julho, fiz uma reunião com as colegas e o Filipe, para mostrar aqueles resultados dos primeiros meses às colegas. As pessoas ficaram muito admiradas com os dados e, por outro lado, nos dias a seguir notei que elas discutiam e andavam com o relatório... que o tinham nos módulos. Foi interessante, foram as colegas que pediram para fazermos reuniões para discutirmos casos e melhorarmos as coisas. As pessoas viram valor e utilidade nos registos e sentiram-se responsabilizadas." (Grupo de discussão, Outubro, 2005)

Os discursos produzidos colocam o assento tónico no valor que a informação assume, muito para além do simples cumprimento da documentação legal da assistência prestada. A devolução e apresentação dos resultados do tratamento aos dados, configura uma estratégia capaz de fomentar a transição da tradição *Scripto* para uma realidade *Informo*. Esta mudança parece ser accionada por sentimentos de controlo da situação e definição do rumo a seguir: "*...são dados para nós usarmos, para melhorarmos... não é para nos controlar"; "...foram as colegas que pediram para fazermos reuniões para discutirmos casos e melhorarmos as coisas".*

Neste cenário, o reconhecimento do valor que a informação encerra, enquanto recurso e activo com potencial para ser gerido, constitui um factor capaz de melhorar a qualidade dos dados disponíveis nos SIE.

5.4.1.2.2 A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A utilização de linguagem classificada para nomear e documentar os elementos clínicos do RMDE, é um requisito nuclear para a viabilização de qualquer modelo de agregação de dados.

Como é natural, as questões relativas à CIPE® foram particularmente evidentes nas unidades de cuidados que utilizavam SIE do tipo I. Temos plena consciência que a introdução da CIPE® nestes ambientes de cuidados, foi um dos aspectos que consumiu mais recursos e energias no projecto.

Quadro XXXI – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE***®)***

Categoria: Factores relativos à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
A CIPE®	*"Como só começamos a usar a CIPE® para este projecto, às vezes, ainda tenho dúvidas, tenho que ir ver, tenho que estudar, falo com as colegas e até telefono. É por isso que eu falo em mais formação sobre a CIPE®. Agora, sei muito bem que se queremos informação, deste tipo de dados, precisamos da CIPE®. Sem CIPE® é impossível, ninguém se entende."* (Notas de campo, Abril de 2005)
	"O meu problema não é saber o que fazer às grávidas, desculpem, mas isso eu sei muito bem... são vinte anos de saúde materna. A minha maior dificuldade é dizer as coisas com a CIPE®... para agora. Muitas vezes, não sei como é que aquilo se diz na CIPE®, a que é que corresponde. Por exemplo: a Adaptação à gravidez mais não é que todos aqueles cuidados e aspectos de preparar o casal, não é só a mãe, para a criança que vai nascer." (Notas de campo, Maio de 2005)
	"Quando abria o livro da CIPE® achava aquilo muito confuso. Nem sabia por onde começar. Depois, quando fizemos aqueles impressos e aqueles conjuntos de focos e intervenções, as coisas ficaram mais simples. Agora não quero outra coisa para os registos. Mesmo que isto do resumo mínimo não dê nada, eu quero continuar a usar a CIPE®. Não é só por causa dos indicadores... é tudo mais organizado, quando digo que é um fenómeno é mesmo aquilo, se houver dúvidas as pessoas podem ir lá ver." (Notas de campo, Julho de 2005)

As questões relativas à linguagem que suporta a documentação dos elementos clínicos do RMDE prendem-se com a familiaridade e a estrutura taxonómica da própria classificação.

À medida que os utilizadores se vão familiarizando com a utilização do vocabulário controlado, os problemas iniciais vão-se dissipando e emerge o carácter imprescindível da classificação. Os discursos produzidos pelos participantes foram concordantes neste ponto. De facto, *"se queremos informação (...) precisamos da CIPE®";* o mesmo é dizer: não existem RMDE sem linguagens classificadas.

Dada a estrutura taxonómica da CIPE®, consideramos crucial para a viabilização de RMDE, a construção e validação empírica de *"catálogos"* (ICN, 2005) organizados em

função das principais dimensões dos cuidados associadas ao modelo de agregação de dados desenhado. Esta necessidade deriva do entendimento de que os *"... enfermeiros precisam de ter à mão conjuntos de enunciados pré - combinados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, de forma a tornar mais fácil a documentação ao nível da prestação de cuidados"* (Idem, p. 25). Na nossa opinião, os conteúdos clínicos do RMDE definido devem ser tomados como objecto de partida para aqueles estudos, o que abre uma janela de oportunidades e necessidades de investigação que não deve ser ignorada.

5.4.1.2.3 A estrutura dos SIE

No quarto capítulo desta dissertação procurámos colocar em evidência os requisitos de comparabilidade dos dados e os processos necessários à sua modelagem.

Os discursos produzidos revelaram uma progressiva consciencialização das condições que as estruturas dos SIE em uso localmente devem contemplar, para que a agregação de dados seja uma realidade e aqueles requisitos cumpridos.

Quadro XXXII – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Estrutura dos SIE

Categoria: Factores relativos à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Estrutura dos SIE	*" Às vezes, quando estou a meter dados no SIDE reparo que as pessoas escrevem coisas, nas notas gerais, que podiam estar documentados nas intervenções e mesmo nos diagnósticos, mas não posso fazer nada... não posso aproveitar aqueles dados; só devemos meter aquilo que está nos diagnósticos e nas intervenções. É este tipo de problemas que detecto. Noutros casos, vejo documentado Hipertensão, não está documentada a Auto vigilância, mas as intervenções que os colegas registaram são todas para a Auto vigilância, mas não posso considerar. Lá está... são casos que ficam de fora."* (Notas de campo, Maio de 2005)

	"Muitos destes problemas surgem porque a aplicação (SAPE) *é muito permissiva, na minha opinião. As pessoas nos problemas de risco, só metem o fenómeno da CIPE® e depois escrevem a palavra "risco" em texto livre. Sabem que não o devem fazer, mas... Nos Comportamentos de adesão durante a gravidez, não escrevem lá e continuam a registar tudo no foco Gravidez, como antigamente; percebo que é porque estão habituadas... Depois ficam admiradas com os resultados... claro, não temos dados... temos, só que não estão no sítio certo."* (Grupo de discussão, Julho de 2005)

Apesar do nível de estruturação dos SIE, em particular quando suportados nas TIC, existe uma grande liberdade de documentação, por parte de cada um dos utilizadores individuais. A liberdade de que falamos é uma característica associada aos SIE do tipo II desenvolvidos nos trabalhos de Sousa e colaboradores (1999) e Silva (2001). Desta forma, os autores procuraram criar condições para que cada utilizador pudesse documentar os cuidados de forma congruente com a sua concepção. Contudo, à medida que foi decorrendo o processo de recolha de dados do estudo exploratório que desenvolvemos, apercebemo-nos que aquela opção acabava por permitir que alguns aspectos, eventualmente pertencentes ao RMDE, ficassem de fora do nosso modelo de análise. Com efeito, isto acontece porque, como nos dizem os participantes, os dados *"... não estão no sítio certo",* o que faz com que sejam *"... casos que ficam de fora".*

A integridade referencial entre as entidades: diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem, enquanto requisito central do modelo de agregação de dados desenhado, exige que a documentação respeite esta relação. Nesta perspectiva, mesmo reconhecendo que "...*as intervenções que os colegas registaram são todas para a Auto vigilância..."* não é possível considerar o caso, porque *"não está documentada a Auto vigilância...".*

Este tipo de contingência também nos ajuda a explicar a distância que fica entre aquilo que a documentação em uso viabiliza e a natureza do "modelo exposto".

5.4.1.2.4 A cristalização dos conteúdos nos SIE

Na grande maioria das unidades onde decorreu este projecto, assistimos a alterações significativas nos conteúdos parametrizados nos SIE, no sentido de garantir os dados incluídos no RMDE definido.

Como não pode deixar de ser, a reformulação dos conteúdos nos SIE, enquanto processo de mudança, implica uma fase de *Refreezing* (Lewin,1958; cit. por Silva, 1995, p. 69) ou estabilização, por forma a, naturalmente, passar a integrar a realidade dos

serviços.

Quadro XXXIII – Exemplos de unidades de análise para a subcategoria – Cristalização dos conteúdos nos SIE

Categoria: Factores relativos à documentação	
Sub - Categoria	**Unidades semânticas - exemplos**
Cristalização dos conteúdos nos SIE	*"Esta coisa de estar a meter dados no SIDE e ter que olhar para os padrões é uma mais-valia. Ao tempo que isto não era modificado aqui na Sub Região. Já disse à Enfermeira X, temos que manter este hábito de, quando em vez, ver o que estamos a registar e como estamos a registar."* (Notas de campo, Abril de 2005)
	" O problema que a X levantou, relativamente aos Comportamentos de Adesão durante a gravidez, apesar de assumir, pelo que parece, grandes proporções, não é um exclusivo do centro de saúde dela. Para outros focos, eu também tenho este problema. Os dados que nós escolhemos para o meu serviço obrigaram a grandes alterações na parametrização da aplicação (SAPE)*. Eu sou a responsável do serviço, ainda para mais, e vejo que, mesmo alertando os enfermeiros, eles continuam a ser renitentes e a dizer que estavam habituados à forma antiga. Depois o que acontece? Não registam tudo, ficam muito só pelas funções e pouco mais... é um grande problema que tenho. Os colegas que não têm o SAPE não pensem que nós não temos problemas."* (Grupo de discussão, Julho de 2005)
	"*Será que 8 ou 12 meses é tempo suficiente? Também importa dizer que, não é só por termos criado as condições para registar com sistemática que vão começar logo a aparecer registos muito bons. É preciso trabalhar outras áreas... em primeiro lugar é preciso que as pessoas se habituem a esta nova forma de registar, mas não só. Isto tem muito a ver com fazer, em muitas situações, outra enfermagem"* (Grupo de discussão, Outubro, 2005)

De facto, antes de mais, *"... é preciso que as pessoas se habituem a esta nova forma de registar..."*. No entanto, aqui jogam-se alguns riscos, os quais configuram a possibilidade cristalização ou *freezing* permanente dos conteúdos nos SIE. Esta inércia pode impossibilitar qualquer exercício de incorporação de novas áreas de atenção, quer na documentação, quer nas práticas. Como nos dizia um dos participantes: "... *eles continuam a ser renitentes e a dizer que estavam habituados à forma antiga. Depois o que acontece? Não registam tudo, ficam muito só pelas funções e pouco mais... é um grande problema que tenho".*

A criação de mecanismos locais de auditoria à documentação processada, caminhará, lado a lado, com os programas centrados na melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, na medida em que os tempos de que dispomos são estes, com todos os seus sinais, movimentos e condicionalismos. Nesta perspectiva, urge *"... fazer, em muitas situações, outra enfermagem"*, capaz de promover respostas humanas mais eficazes para lidar com as transições experimentadas.

5.5 Resumo e Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem

Durante este projecto de investigação fomos construindo a convicção que, dadas as especificidades de cada contexto de acção, não podíamos falar *num* (singular) RMDE, mas devíamos considerar a existência de *vários* (plural) RMDE. Dentro deste enquadramento, do vasto conjunto de elementos clínicos desenvolvidos, existem aspectos que são característicos e adequados para um contexto e que noutro, acabam por *"não fazer sentido"* (Grupo de discussão, Outubro 2005).

Naquilo que se reporta à implementação de RMDE, esta perspectiva revela grande utilidade, na medida em que nos pode auxiliar no trabalho de definição dos conteúdos que, à escala local, passarão a ser recolhidos e analisados num plano regular e sistemático, com os requisitos definidos para o modelo de agregação de dados. Não pretendemos com estas considerações, de forma alguma, ser prescritivos ou limitar as opções a serem tomadas; apenas pretendemos apontar algumas linhas de orientação sólidas que, em cada unidade, possam ser utilizadas na criação de condições viabilizadoras da produção de informação relevante, para efeitos da promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, numa perspectiva de resultados.

As discussões realizadas acerca dos focos de atenção com grande sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem, com maior utilidade em cada um dos contextos, devem ser consideradas nas eventuais decisões a tomar. Por outro lado, a identificação das diferenças existentes entre os modelos em uso e o modelo exposto, também nos fornecem dados extremamente interessantes e desafiadores para os trabalhos a desenvolver em cada serviço e centro de saúde.

Aqui, a partir daquilo que deriva da documentação de enfermagem em uso, exploramos as principais diferenças encontradas nas frequências ou distribuições percentuais dos focos de atenção e das dimensões centrais dos cuidados, representadas nos conteúdos clínicos do RMDE.

5.5.1 Por Tipo de Unidade

No terceiro ponto deste capítulo ficamos a conhecer os focos de atenção e as dimensões centrais do RMDE mais frequentes no hospital e no centro de saúde. Dos 10 focos de atenção mais frequentes em cada um dos dois ambientes, apenas dois são comuns: *Auto cuidado: higiene* e *Úlcera de Pressão*. Contudo, estes aspectos de saúde são mais frequentes e característicos do hospital.

Os focos de atenção que se inscrevem nas *Funções* (ICN, 2002) e no âmbito do *Auto cuidado* são mais frequentes nos serviços hospitalares. Pelo contrário, aspectos como o *Stress do Prestador de cuidados,* a *Adesão à vacinação*, os *Comportamentos de Adesão durante a Gravidez*, o *Uso de contraceptivos,* o *Planeamento familiar* ou a *Adesão* e a *Gestão do Regime Terapêutico*, exibem frequências que nos permitem afirmar a sua maior relevância no quadro dos centros de saúde.

Naquilo que se reporta aos 11 conceitos centrais do RMDE, também designados por *Dimensões*, merece destaque o significado que a *Adesão* assume no âmbito dos cuidados de saúde primários.

5.5.2 Por Domínio / Programa de Saúde

Depois de discutirmos as diferenças nas frequências dos principais aspectos de saúde representados no RMDE, entre o hospital e o centro de saúde, evoluímos na exploração das questões relativas aos contextos particulares daqueles ambientes. No hospital consideramos os vários domínios de assistência e no centro de saúde os distintos programas.

5.5.2.1 Por Domínio

Na linha daquilo que resultou do estudo relatado no terceiro ponto deste capítulo, no hospital tivemos em consideração a assistência ao Adulto e os domínios da Criança e da Mulher.

No ambiente do hospital existem 3 focos de atenção que, como era de esperar, não têm casos: *Adaptação à gravidez, Adesão à vacinação e Uso de contraceptivos*. É um facto que estes aspectos de saúde estão mais associados à realidade dos cuidados de enfermagem prestados nos centros de saúde.

Com base nos valores das frequências relativas observadas, podemos afirmar que os focos de atenção *Adesão ao Regime Terapêutico* e a *Auto vigilância*, no hospital, são um exclusivo do domínio do Adulto; enquanto que o *Papel Parental*, como é natural, só apresenta casos no domínio da Criança.

Quando consideramos os 10 focos de atenção mais frequentes em cada um dos 3

domínios, constatamos que a *Dor*, o *Auto cuidado: higiene* e a *Obstipação* são mais comuns no contexto de assistência aos Adultos e à Mulher.

A *Amamentação* e a *Maceração*, ambos incluídos entre os focos de atenção mais frequentes na área Materno – Infantil, são muito mais frequentes no domínio da Mulher, do que nos serviços pediátricos, onde os valores de frequência relativa daqueles dois aspectos de saúde são bastante reduzidos.

No que se refere às dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE, constatamos que a *Prevenção de complicações* apresenta valores altos nos 3 domínios, o que nos leva a dizer que não é exclusiva de nenhum deles.

A *Aprendizagem cognitiva* e de *capacidades do prestador de cuidados* é particularmente relevante no contexto dos serviços de atendimento aos Adultos.

No domínio da Mulher, os valores obtidos na dimensão *Parentalidade* destacam-se fortemente dos serviços pediátricos. A *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) dos pais apresenta valores muito semelhantes nos dois ambientes de assistência Materno – Infantil.

5.5.2.2 Por Programa de Saúde

No quadro dos centros de saúde organizámos a informação em função dos grandes Programas de Saúde vigentes. No particular dos Grupos de Risco e da Saúde do Adulto, de acordo com as suas similitudes e na linha do adoptado no terceiro ponto do capítulo, optámos pela sua agregação.

A primeira nota de destaque na análise dos diferentes programas em vigor nos centros de saúde, radica no facto de, ao contrário da realidade hospitalar, onde existem alguns pontos sólidos de convergência entre os vários domínios de assistência, aqui são mais notórias as particularidades de cada programa de saúde.

Na análise que realizámos, verificámos que os focos de atenção que se inscrevem no *Auto cuidado* (i.e.: *Auto cuidado: higiene*, *Alimentar-se*, *Deambular...*) apresentam valores de frequências relevantes no particular dos Domicílios.

No que diz respeito aos conceitos centrais representados no RMDE, no âmbito dos Grupos de Risco, assume particular relevo a *Aprendizagem* dos clientes para lidarem com os regimes terapêuticos prescritos. No contexto dos Domicílios e assistência aos Idosos e Dependentes, o *Auto cuidado* e a *Prevenção de complicações* merecem destaque. A aquisição de competências cognitivas e instrumentais para o exercício da *Parentalidade*, coloca-se com particular acuidade no quadro da Saúde Infantil e Juvenil; enquanto que no programa dirigido à Saúde Reprodutiva, a *Aprendizagem* dos clientes

constitui o cerne dos cuidados, tendo por referência a *Auto vigilância*, o *Uso de contraceptivos* e os *Comportamentos de Adesão durante a gravidez*.

5.6 Sínteses

A realização do estudo exploratório permitiu-nos conhecer as dimensões dos cuidados de enfermagem, representadas na estrutura substantiva do RMDE definido, que já são uma realidade em uso na documentação; bem como aquelas que ainda se situam nos territórios do exposto. Por outro lado, durante os oito meses em que decorreu a recolha de dados, tivemos a oportunidade de construir um discurso explicativo acerca dos factores que nos ajudam a compreender a distância que fica entre os modelos em uso e o modelo exposto.

Os resultados que derivam do estudo exploratório são francamente animadores, na medida em que nos permitiram consubstanciar o potencial associado à gestão da informação relativa aos cuidados e; fundamentalmente, constatar a crescente incorporação na informação documentada de dimensões dos cuidados que, até há bem pouco tempo, permaneciam praticamente invisíveis nas bases de dados da saúde (Sousa et al, 1999; Silva, 2001). Referimo-nos a aspectos como a *Adesão,* a *Auto vigilância*, a *Gestão do Regime Terapêutico* ou a *Aprendizagem cognitiva* para o exercício da *Parentalidade*.

Figura 7 - Ilustração das sínteses relativas ao RMDE: entre os modelos em uso e o modelo exposto

A figura anterior, tendo por referência as dimensões dos cuidados mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros – *Actividades executadas pelo próprio*, *Adaptação*, *Aprendizagem* e *Tomar conta* –, sintetiza os principais aspectos relativos aos focos de

atenção, incluídos no RMDE, em uso na documentação. Os itens apresentados com caracteres maiúsculos reportam aspectos comuns à realidade do Hospital e do Centro de Saúde; aqueles que são apontados com sublinhado referem aspectos característicos dos cuidados de saúde primários; enquanto os restantes derivam do contexto hospitalar.

No quadro das *Actividades executadas pelo próprio*, como o *Auto cuidado* e a *Adesão*, as situações de dependência no *Auto cuidado: higiene* e os comportamentos de *Auto vigilância*, constituem aspectos em uso, quer no Hospital, quer nos Centros de Saúde. Os conteúdos relativos à prevenção das *Úlceras de Pressão* também assumem grande expressão, muito devido ao facto de, tradicionalmente, representarem uma área da assistência associada à qualidade dos cuidados de enfermagem. No âmbito da preparação dos pais para o exercício da *Parentalidade*, a aquisição de conhecimentos sobre a alimentação das crianças é um item que atravessa os dois principais contextos de cuidados em análise.

Nos Centros de Saúde e no particular da *Adesão*, os conteúdos do RMDE em uso reportam-se, fundamentalmente, à promoção da *Adesão à vacinação* e à *Gestão dos Regimes Terapêuticos*. A aquisição de conhecimentos promotores da *Adaptação à gravidez*, constitui um aspecto estruturante dos modelos em uso nos cuidados de saúde primários, a par da aquisição de competências cognitivas para o *Uso dos contraceptivos* adequado. Para além dos conhecimentos relativos à alimentação da criança, no ambiente do Centro de Saúde, muito em particular no quadro da Saúde Infanto-Juvenil, merece destaque a aquisição de conhecimentos, por parte dos pais, para evitar acidentes com as crianças e cumprir as orientações que derivam do PNV.

No Hospital, a documentação das situações de dependência no(s) *Auto cuidado*(s) e a *Prevenção de complicações*, nomeadamente aquelas que resultam dos fenómenos mórbidos que exigem internamento, como a *Aspiração* ou as *Quedas*, representam os dois aspectos principais que procedem dos modelos em uso. A *Aprendizagem cognitiva* dos pais, para o exercício da *Parentalidade*, assume particular relevo nos serviços hospitalares de assistência Materno-Infantil. Aqui, destacam-se aspectos como os conhecimentos sobre os tratamentos da criança ou a *Amamentação*.

A preparação dos familiares ou conviventes significativos para o desempenho do *Papel de prestador de cuidados* e a promoção da *Aprendizagem de capacidades*, bem como a promoção da independência dos clientes no(s) *Auto cuidado*(s), configuram aspectos dos cuidados que ainda se situam nos territórios do modelo exposto. Estas assunções são corroboradas pela análise que produzimos à utilização das intervenções de enfermagem com integridade referencial para aquelas dimensões dos cuidados. Advogamos que estas

áreas constituem os grandes desafios e oportunidades de desenvolvimento que se perfilam no horizonte dos programas de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Na linha daquilo que emergiu da primeira fase da investigação, os dados que resultam do estudo exploratório permitem-nos consolidar o conceito que sustenta a existência de dimensões dos cuidados e focos de atenção mais característicos dos diferentes contextos de assistência. Assim, nos serviços hospitalares de assistência aos Adultos, revelam-se particularmente adequadas dimensões como a promoção da independência no *Auto cuidado* e a preparação dos conviventes significativos para o desempenho de actividades de *Tomar conta*. Nos serviços Materno-Infantis, julgamos que os conteúdos relativos à promoção da *Parentalidade* jogam um papel capital. Conscientes das particularidades de cada um dos Programas de Saúde em vigor nos cuidados de saúde primários, defendemos a necessidade de apostar na promoção da *Adesão* e de comportamentos adaptativos eficazes, nomeadamente através de processos de *Aprendizagem*. Contudo, neste contexto, também urge considerar o desenvolvimento de competências para o desempenho do *Tomar conta*, em particular das crianças e de pessoas idosas ou dependentes.

As contingências envolvidas na explicação do hiato entre os "modelos em uso" e o "modelo exposto", englobam uma categoria de factores prévios à documentação. Tais factores despertam-nos para a necessidade de aperfeiçoar os processos de concepção e diagnóstico de enfermagem, bem como para a pertinência de estratégias de organização e distribuição do trabalho, capazes de promover a "vinculação" dos enfermeiros aos clientes. Por outro lado, à escala de cada unidade, a criação de climas promotores do desenvolvimento contínuo da qualidade dos cuidados deverá ser dirigida para as dimensões da saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem. Relativamente aos factores associados à documentação propriamente dita, urge, antes de mais, desenvolver e implementar modelos de SIE do tipo II e procedimentos capazes de evitar a cristalização dos conteúdos em uso, por forma a que a informação se constitua como um recurso dinâmico e efectivo para a promoção da qualidade e da governação em saúde.

5.7 Referências

ANDERSON, L. (1997) - *Argyris and Schön's theory on congruence and learning.* On line: http://www.scu.edu.au/schools/sawd/arr/argyris.html, em 23-05-2003

ARGYRIS, C. (1993) – *Knowledge for Action. A guide to overcoming barriers to organizational change*. San Francisco: Jossey Bass

BASTO, M. (1998) – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros

DELANEY, C.; REED, D.; CLARKE, M. (2000) – Describing Patient Problems & Nursing Treatments Patterns Using Nursing Minimum Data Sets (NMDS & NMMDS) & UHDDS Repositories. In: OVERHAGE, J., M. – *AMIA 2000 Converging Information, Technology, & Health Care.* Los Angels: Ed. AMIA

FRIEDMAN, M. (1998) – *Family Nursing: research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange

GILLISS, C. (1989) – Family Research in Nursing. In: GILLISS, C.; HIGHLEY, B.; ROBERTS, B. & MARTINON, I. – *Towards a science of family nursing*. Menlo Park, CA: Addison Wesley

ICN (2002) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

LEVIN, J. (1987) – *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. Vila Marina, São Paulo: 2.ª Ed., Editora Harbra Ltda

LOCSIN, C. (2002) – *Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice?*; Holist Nursing Practice. 16 (2), p. 1–4

MARTINS, C. (2006) – *Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo centrado nos resultados*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Dezembro

PADILHA, M. (2006) – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PARK, M.; DELANEY, C.; MAAS, M.; REED, D. (2004) – *Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting*; Journal of Advanced

Nursing. 47 (3), p. 329 – 339

PEREIRA, F. (2001) – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem.* Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SANTOS, A. (2004) - *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Porto: [s. n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

SILVA, A. (1995) – *Registos de enfermagem: da tradição Scripto ao discurso Informo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, C. M. (1994) – *Estatística Aplicada à Psicologia e Ciências Sociais*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal

SMITH, M. K. (2001) – *Chris Argyris: Theories of action, double-loop learning and organizational learning, the encyclopaedia of informal education*. On line: http://www.infed.org/thinkers/argyris.htm, em 22-09-2005

SOUSA, I. (2005) – *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Porto: Sub Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

WHO, Europe (2001) – *Second Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. Report of a WHO conference, Munich, June 2000*. Geneva: WHO

6 RMDE: dos padrões de leitura dos dados aos padrões de uso da informação

Ao longo do capítulo anterior discutimos questões que resultam da frequência com que os diagnósticos e as intervenções de enfermagem do RMDE surgem na documentação em uso, nos diferentes contextos de acção.

Neste capítulo pretendemos discutir o potencial que advém da existência de uma estratégia de recolha sistemática, regular e padronizada de um RMDE, evoluindo dos "padrões de leitura" dos dados, para a necessidade de consolidar "padrões de uso" da informação.

O material que está na base deste capítulo deriva, fundamentalmente, do estudo exploratório e de elementos que decorrem das notas de campo e das reflexões empreendidas no grupo de discussão. Sob o ponto de vista da organização, este capítulo segue a linha adoptada no anterior, o que, acreditamos, facilita a sua leitura.

Aqui, privilegiamos os resultados que derivam das *"sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações"* e as *"... modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem"* reais. Os resultados em análise referem-se à mesma amostra utilizada no capítulo anterior (15363 episódios de internamento e 73265 utentes dos centros de saúde).

Recorremos a uma estratégia de agregação dos resultados, tendo por referência os focos de atenção mais frequentes em cada contexto – Hospital e Centro de Saúde -, e nas dimensões centrais da assistência representadas nos conteúdos do RMDE. Como tivemos oportunidade de salientar no capítulo anterior, os *Focos* e as *Dimensões* representam variáveis compostas, de um nível conceptual superior ao dos diagnósticos de enfermagem, propriamente ditos.

Iniciamos por uma descrição dos resultados em cada um dos principais contextos de cuidados. Após, exploramos as diferenças mais notórias e ensaiamos alguns exemplos, capazes de desvelar aspectos relativos à efectividade das intervenções de enfermagem, na produção de ganhos em saúde.

Por último, perspectivamos alguns dos desafios e oportunidades que decorrem do potencial de comparação de resultados entre unidades e ambientes de cuidados distintos, numa lógica de promoção e desenvolvimento da qualidade do exercício.

6.1 Análise e discussão dos resultados

No quarto capítulo vimos que a preparação do material relativo ao RMDE definido, tendo em vista a viabilização das *"sínteses informativas orientadas para a prevenção de complicações"* e para as *"... modificações positivas no estado dos diagnósticos..."*, se baseava, para cada um dos 88628 casos em estudo, na atribuição de um *score*, a cada um dos diagnósticos de enfermagem documentados, em função da sua evolução clínica, numa escala ordinal onde tínhamos:

> *Valor 1 – Diagnóstico de enfermagem sem evolução positiva ou diagnóstico de enfermagem relativamente ao qual não foram documentadas intervenções, independentemente da evolução verificada no seu "status".*
>
> *Valor 2 – Diagnóstico de enfermagem com melhoria do seu "status" e com intervenções documentadas.*
>
> *Valor 3 – Diagnóstico de enfermagem resolvido ou com melhor resultado desejado, e com intervenções documentadas.*

Para efeitos da análise que aqui empreendemos, tomamos em consideração a evolução verificada em todos os diagnósticos de enfermagem documentados e que integram o RMDE. O anexo 9 traduz o processo utilizado na agregação dos diagnósticos de enfermagem, sob a lógica dos Focos de atenção e Dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE. Como vimos anteriormente, cada foco de atenção ou dimensão dos cuidados integra um conjunto concreto de diagnósticos de enfermagem.

Com base na estratégia de agregação adoptada, fomos estudar, para cada caso, a proporção de diagnósticos com "Valor 1", com "Valor 2" e com "Valor 3", relativamente ao número total de diagnósticos que compõem as variáveis "Foco" ou "Dimensão". No anexo 11 estão descritos os resultados dos procedimentos referidos, tendo por referência a realidade do Hospital e do Centro de Saúde, bem como os contextos particulares de cada um dos ambientes de cuidados.

Os resultados verificados nos diferentes focos de atenção e dimensões dos cuidados pode-nos dar importantes pistas para a compreensão dos desafios que se nos colocam, no sentido de uma prática, cada vez mais, capaz de produzir efectivos ganhos em saúde.

6.1.1 Os resultados

Neste ponto descrevemos os resultados obtidos, tendo em consideração os focos de atenção mais frequentes e as dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE. A lógica que ilumina a leitura dos resultados aqui apresentados tem por alicerce uma visão optimista e orientada para o potencial de utilização do material. Neste

enquadramento, o sentido não é centrarmo-nos *"... nos problemas mas nas oportunidades de desenvolvimento"* (Donabedian, 2003, p. 30).

A respeito dos resultados obtidos no(s) *Auto cuidado(s)*, diziam os participantes no grupo de discussão, durante a última sessão realizada:

> *X – Estes dados, sinceramente não me surpreendem. Os nossos doentes têm grandes dependências, são velhinhos que não apresentam condições para se tornarem independentes. Esse é um problema muito frequente.*
>
> *Investigador – Mas, em alternativa, não encontramos valores elevados para os prestadores de cuidados informais. O que é que explica isto?*
>
> *Y – Se não te importas X... de facto, temos que estar, cada vez mais, despertos para a preparação do regresso a casa. Mas, muitas das vezes, mais naqueles velhinhos das aldeias, nós queremos ensinar a família, mas ele vive só com a esposa. Quando nos chega a esposa, vemos uma velhinha, com muitas limitações que... não aprende nada. Outras vezes, são pessoas que vivem sozinhas e ninguém aparece. Mas, reconheço... acho que reconhecemos todos, devemos passar a preocupar-nos ainda mais com a alta... com o regresso a casa.*
>
> *X – Concordo. Já não falo naqueles familiares que estão tão nervosos... tão desesperados, que não conseguem aprender nada. É complicado. Mas acho que nós ainda temos que nos organizar melhor nos ensinos à família.*
>
> Grupo de discussão, Outubro de 2005

Este excerto da discussão gerada no grupo é extremamente rico. Em primeiro lugar, porque ilustra um problema de saúde com grande significado. Como tivemos oportunidade de constatar no capítulo anterior, nas unidades participantes no estudo, cerca de 10% dos casos que compõem o total da amostra e 60% das pessoas internadas nos serviços de adultos dos hospitais, experimentam algum tipo de dependência no *Auto cuidado.*

Por outro lado, o mesmo excerto remete-nos para algumas das variáveis envolvidas na *Aprendizagem* dos prestadores de cuidados, para *Tomar conta*. Neste cenário, percebemos que há que equacionar aspectos como as capacidades de memória dos familiares, a sua disponibilidade física, motivação, experiências anteriores de *Tomar conta* e até situações de *Coping* centrado nas emoções, que podem influenciar a aquisição de habilidades.

Os discursos dos participantes também colocam em destaque a necessidade de investir na profissionalização do "regresso a casa". Para além do mais, defendemos que nas equipas de gestão de altas, da rede de cuidados continuados, sejam incluídos, de forma efectiva, enfermeiros; até porque, a essência das necessidades destes clientes são cuidados de enfermagem.

Ao referirmos a necessidade de "profissionalizar" alguns aspectos relativos aos cuidados

de enfermagem, enquanto estratégia de melhoria da sua qualidade, queremos significar a necessidade de dar maior proficiência, mestria e sistemática a áreas tidas como definidoras do *"core"* da disciplina e da profissão. O termo "*proficientia*", em Latim, significa "avançar" ou ter êxito, o que não deixa de ser interessante num quadro em que existe largo consenso na comunidade de enfermagem, acerca da importância de evoluirmos no sentido de uma *"Enfermagem Avançada"* (Lorensen et al, 1998; Locsin, 2002; Watson, 1995; Woods, 1997). Este conceito alicerça-se na expansão de competências nos aspectos de saúde que caracterizam a natureza singular da enfermagem, colocando a tónica na mudança de um paradigma orientado para o controlo dos sinais e sintomas das doenças, para uma lógica de focalização progressiva, dizemos nós, nas dimensões da saúde dos clientes tidas como altamente sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros. Este percurso exige a incorporação nas práticas da melhor evidência disponível, bem como abordagens criativas, capazes de produzir os melhores resultados possíveis (Yam, 2004).

Segundo Silva (2003), o desenvolvimento de uma *"Enfermagem avançada"* justifica-se pelo significado crescente que assumem necessidades em cuidados, que não estão relacionadas com o estabelecimento do diagnóstico médico ou a prescrição do melhor tratamento da doença. Na mesma linha, Campos & Ramos (2005) advogam que "... *as pessoas têm hoje mais facilidade em obter uma ressonância magnética do que em aceder à ajuda em aspectos básicos das necessidades em cuidados de saúde... E, nesta medida, intervir a este nível das necessidades em cuidados de saúde terá ganhos muito importantes em saúde, quanto mais não seja na felicidade das pessoas, hoje conceito tão próximo do próprio conceito de saúde..."* (p. 235). Na realidade, a preparação dos *Prestadores de cuidados* para o desempenho de actividades de *Tomar conta* ou a promoção da *Adesão* aos regimes terapêuticos prescritos, aspectos essenciais da saúde dos clientes e famílias, não dependem de estratégias farmacológicas complexas ou de estudos auxiliares de diagnóstico suportados em grandes recursos tecnológicos; antes, de cuidados de enfermagem que se mostrem proficientes.

Na mesma linha situam-se as dimensões relativas à *Aprendizagem*, aspecto muito importante para os enfermeiros. Também aqui, na opinião dos participantes no grupo de discussão, os resultados dão-nos *"... pistas muito interessantes para a melhoria dos nossos cuidados".*

> *X – Já em Julho, tinha ficado um pouco desiludida... pensei que nos conhecimentos e capacidades íamos ter melhores resultados. Achava que era a área melhor. Confesso...*
>
> *Y – Eu acho que temos algumas ideias feitas; não estou a fazer nenhuma crítica à X, mas temos. Pensamos que temos outros desempenhos... e até*

> *acreditamos nisso, estamos convencidos. Eu falo por nós, dos centros de saúde. Se nos perguntarem uma área importante da nossa autonomia, falamos logo nos "ensinos", na aprendizagem. E o mais interessante é que é mesmo... mas temos que melhorar. Acho que é isto mesmo que os resultados nos dizem: há aqui pistas muito interessantes para a melhoria dos nossos cuidados.*
>
> Grupo de discussão, Outubro 2005

Na realidade, mais que factos com carácter fiscalizador ou de controlo, os resultados devem ser entendidos como uma "linha de base" ou ponto de partida, para a fixação de metas nos programas locais de melhoria e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Desta forma, regressamos aos propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados, que nunca podem ser alheados de toda esta problemática.

> *X – Quando vi os resultados que nos mandaste, fiquei logo a pensar muito neles. Fizemos reunião de serviço para os analisar e começar a pensar no que podíamos fazer para os melhorar. Até ficamos um pouco apreensivas... Mas digo-vos, pelo menos agora temos alguma coisa para nos ajudar, acho que não há problema nenhum.*
>
> *Y – O problema é se daqui a um ano ou dois os resultados forem iguais, isso sim, é um problema. Vamos ver.*
>
> *X – Acho que não... não vamos ficar paradas.*
>
> Grupo de discussão, Outubro de 2005

Defendemos que o sentido é mesmo este: continuemos...

6.1.2 Por Tipo de Unidade

Na sequência da abordagem anterior, procedemos à apresentação dos resultados obtidos, nos contextos do Hospital e do Centro de Saúde.

6.1.2.1 No Hospital

O contexto do hospital diz respeito a 15363 episódios de internamento, relativamente aos quais foram documentados 56014 diagnósticos de enfermagem que integram os conteúdos clínicos do RMDE. A tabela seguinte sintetiza os resultados verificados nos 10 focos de atenção da prática mais frequentes no hospital. Os focos de atenção referidos representam 76,19% daqueles 56014 diagnósticos de enfermagem.

Tabela 78 – Resultados relativos aos 10 Focos de atenção mais frequentes no Hospital (ordenados pela percentagem do "Valor 3", de forma descendente)

Focos de atenção mais frequentes no Hospital				
Foco	**Valor 1 n (%)**	**Valor 2 n (%)**	**Valor 3 n (%)**	**Total N**
Úlcera de Pressão	*1228 (50,39)*	*23 (0,94)*	*1186 (48,67)*	*2437*
Aspiração	*1124 (52,43)*	*NA*	*1020 (47,57)*	*2144*
Dor	*3114 (48,15)*	*315 (4,87)*	*3038 (46,98)*	*6467*
Obstipação	*3908 (69,35)*	*NA*	*1727 (30,65)*	*5635*
Posicionar-se	*2647 (85,83)*	*70 (2,27)*	*367 (11,90)*	*3084*
Auto cuidado: higiene	*7616 (86,77)*	*128 (1,46)*	*1033 (11,77)*	*8777*
Auto cuidado: uso sanitário	*6070 (88,95)*	*39 (0,57)*	*715 (10,48)*	*6824*
Alimentar-se	*3646 (88,60)*	*55 (1,34)*	*414 (10,06)*	*4115*
Transferir-se	*2571 (89,64)*	*36 (1,26)*	*261 (9,10)*	*2868*
Auto cuidado: vestuário	*3052 (93,02)*	*42 (1,28)*	*187 (5,70)*	*328*
NA – Não Aplicável				

Para efeitos desta análise, tomamos em consideração a percentagem de diagnósticos de enfermagem aos quais foi atribuído o "valor 3", de acordo com o padrão de leitura dos dados que discutimos no quarto capítulo da dissertação. Apesar do "valor 2" também traduzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, é um facto que a grande maioria dos diagnósticos incluídos no RMDE, ou "têm valor 1" ou "valor 3". Esta realidade deve-se à circunstância da maior parte dos diagnósticos assentarem em opiniões clínicas centradas em diferenciais semânticos dicotómicos do tipo – "*Não Demonstrado / Demonstrado".* Por esta razão, nas tabelas que descrevem os resultados verificados na evolução dos diagnósticos, optámos por salientar os aspectos de saúde em que o "Valor 2" não é aplicável (NA). Conforme se depreende da leitura das tabelas relativas aos resultados nos diagnósticos de enfermagem, tendo por referência as principais dimensões dos cuidados representadas na estrutura substantiva do RMDE,, apenas no *Auto cuidado* o "Valor 2" é aplicável.

Assim, tomando por referência as percentagens verificadas no "valor 3"; neste estudo e no contexto do hospital, os melhores resultados surgem nos aspectos de saúde que se inscrevem no âmbito das *Funções* (ICN, 2002), como as *Úlceras de pressão*, a *Aspiração* ou a *Dor*. Provavelmente, estes resultados podem ser explicados pelo peso que, tradicionalmente, o controlo de sinais e sintomas das doenças foi tendo no exercício dos enfermeiros e nos seus percursos formativos. A título de exemplo, dos 2437 diagnósticos de enfermagem documentados, e que integram o foco *Úlcera de pressão*, cerca de metade foram resolvidos, sob a condição de terem sido documentadas intervenções incluídas no RMDE.

Ao determo-nos nas dimensões centrais do RMDE (Tabela 79), verificamos que a

Prevenção de complicações, directamente relacionada com os *Processos corporais* fisiológicos (ICN, 2005), é aquela que exibe melhores resultados relativos, com base nos dados disponíveis.

Tabela 79 – Resultados relativos às Dimensões dos cuidados representadas no RMDE, tendo por referência o Hospital (ordenados pela percentagem do "Valor 3", de forma descendente)

Dimensões centrais do RMDE – Hospital				
Dimensões	**Valor 1 n (%)**	**Valor 2 n (%)**	**Valor 3 n (%)**	**Total N**
Prevenção de complicações	*6454 (55,95)*	*NA*	*5081 (44,05)*	*11535*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*107 (58,79)*	*NA*	*75 (41,21)*	*182*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*389 (60,97)*	*NA*	*249 (39,03)*	*638*
Adaptação	*107 (66,46)*	*NA*	*54 (33,54)*	*161*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*252 (68,85)*	*NA*	*114 (31,15)*	*366*
Adesão	*1609 (70,23)*	*NA*	*682 (29,77)*	*2291*
Parentalidade	*488 (71,55)*	*NA*	*194 (28,45)*	*682*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*977 (79,30)*	*NA*	*255 (20,70)*	*1232*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*2420 (81,56)*	*NA*	*547 (18,44)*	*2967*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*540 (81,69)*	*NA*	*121 (18,31)*	*661*
Auto cuidado	*26173 (88,06)*	*392 (1,32)*	*3157 (10,62)*	*29722*
NA – Não Aplicável				

Algumas dimensões associadas à *Aprendizagem* para *Tomar conta*, apesar dos valores apresentados, também exibem resultados interessantes. Na nossa opinião, estes dados são francamente animadores, uma vez que nos apontam uma direcção e uma área com potencial para desenvolvimento, na medida em que derivam de apostas recentes de várias unidades de cuidados.

> *X – Nós aqui no serviço, depois daqueles dados de Julho, começamos a investir mais nos prestadores de cuidados. Nós temos muitos doentes que têm alta e necessitam de cuidados em casa. Vamos investir nisto e direccionar a nossa formação de 2006 para isto. É uma aposta. Estamos a pensar construir um projecto nesta área... com alguém da Escola.*
>
> Notas de campo, Setembro de 2005

Defendemos que este é o sentido mais profundo que o conhecimento, resultante dos dados disponíveis, pode ter em cada contexto de acção. Com efeito, no início de 2006, este serviço de Medicina decidiu envolver-se num projecto de investigação - acção, orientado para a profissionalização da preparação do regresso a casa das pessoas dependentes. Advogamos que este tipo de iniciativas poderá concorrer para a "internalização" de estratégias de consumo de informação que resulta dos cuidados, visando a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estas abordagens são consistentes com as *"Teorias da acção"* e da *"Aprendizagem organizacional"* (Argyris, 1993; Argyris & Shon, 1982; Senge, 1990), que assumem a produção e consumo de informação válida sobre as actividades da organização, como um elemento de capital importância, para a promoção da "efectividade profissional".

6.1.2.2 No Centro de Saúde

No contexto dos cuidados de saúde primários, como vimos, a nossa amostra inclui 73265 utentes, relativamente aos quais foram documentados 29759 diagnósticos de enfermagem que integram os conteúdos clínicos do RMDE. A tabela seguinte sintetiza os resultados verificados nos 10 focos de atenção da prática mais frequentes no centro de saúde. Cerca de 65% dos diagnósticos documentados estão associados a este conjunto de 10 focos de atenção.

Tabela 80 – Resultados relativos aos 10 Focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde (ordenados pela percentagem do "Valor 3", de forma descendente)

Focos de atenção mais frequentes no Centro de Saúde				
Foco	**Valor 1 n (%)**	**Valor 2 n (%)**	**Valor 3 n (%)**	**Total N**
Amamentação	*226 (40,57)*	*NA*	*331 (59,43)*	*557*
Comportamento de Adesão durante a gravidez	*1323 (48,41)*	*NA*	*1410 (51,59)*	*2733*
Papel Parental	*1197 (58,68)*	*NA*	*843 (41,32)*	*2040*
Gestão do Regime Terapêutico	*3084 (69,63)*	*NA*	*1345 (30,37)*	*4429*
Auto vigilância	*2826 (81,02)*	*NA*	*662 (18,98)*	*3488*
Adesão ao Regime Terapêutico	*461 (89,17)*	*NA*	*56 (10,83)*	*517*
Uso de contraceptivos	*969 (91,67)*	*NA*	*88 (8,33)*	*1057*
Úlcera de Pressão	*827 (92,51)*	*2 (0,22)*	*65 (7,27)*	*894*
Auto cuidado: higiene	*389 (94,19)*	*0 (0)*	*24 (5,81)*	*413*
Adesão à vacinação	*3006 (95,37)*	*NA*	*146 (4,63)*	*3152*
NA - Não Aplicável				

Na leitura da tabela constatamos que os melhores resultados são obtidos em aspectos de saúde muito característicos da Saúde Materna e Infanto–Juvenil (*Amamentação*, *Comportamento de Adesão durante a gravidez* e *Papel Parental*).

Os focos de atenção *Auto vigilância* e *Adesão ao Regime Terapêutico*, têm resultados que nos devem fazer reflectir, uma vez que representam aspectos da saúde muito ligados aos grandes grupos de risco (i.e.: Diabéticos e Hipertensos). Os valores percentuais que aqui encontramos são consistentes com aquilo que se tornou evidente com o estudo de Sousa (2005), acerca da *Adesão* às recomendações terapêuticas dos clientes hipertensos, seguidos num centro de saúde da região do grande Porto.

A *Adesão à vacinação* também merece referência, até porque, como nos dizem os participantes *"... nos adultos, este é um problema muito grave, apesar de toda a gente saber da necessidade de estar vacinado."* (Grupo de discussão, Julho de 2005). Na realidade, a promoção da *Adesão*, joga-se em territórios que estão para além dos recursos cognitivos dos clientes, envolvendo aspectos, como por exemplo: as crenças individuais, a motivação e a percepção da vulnerabilidade aos problemas de saúde. Da consciência desta problemática, temos assistido a um interesse crescente dos investigadores de enfermagem sobre estas questões.

Na tabela seguinte apresentamos os resultados nas dimensões centrais representadas nos conteúdos do RMDE definido.

Tabela 81 – Resultados relativos às Dimensões dos cuidados representadas no RMDE, tendo por referência o Centro de Saúde (ordenados pela percentagem do "Valor 3", de forma descendente)

Dimensões centrais do RMDE – Centro de Saúde				
Dimensões	**Valor 1 n (%)**	**Valor 2 n (%)**	**Valor 3 n (%)**	**Total N**
Parentalidade	*319 (46,71)*	*NA*	*364 (53,29)*	*683*
Aprendizagem cognitiva (pais)	*1302 (54,43)*	*NA*	*1090 (45,57)*	*2392*
Aprendizagem de capacidades (pais)	*136 (57,63)*	*NA*	*100 (42,37)*	*236*
Aprendizagem cognitiva (cliente)	*6923 (67,50)*	*NA*	*3333 (32,50)*	*10256*
Aprendizagem cognitiva (prestador de cuidados)	*251 (70,51)*	*NA*	*105 (29,49)*	*356*
Aprendizagem de capacidades (cliente)	*978 (79,84)*	*NA*	*247 (20,16)*	*1225*
Adaptação	*476 (80,81)*	*NA*	*113 (19,19)*	*589*
Adesão	*9377 (80,93)*	*NA*	*2209 (19,07)*	*11586*
Aprendizagem de capacidades (prestador de cuidados)	*146 (85,88)*	*NA*	*24 (14,12)*	*170*
Prevenção de complicações	*859 (90,61)*	*NA*	*89 (9,39)*	*948*
Auto cuidado	*1223 (92,79)*	*3 (0,23)*	*92 (6,98)*	*1318*
NA – Não Aplicável				

Em consonância com os resultados nos focos "exclusivos" da Saúde Materna e Infanto – Juvenil, a *Parentalidade* patenteia os melhores resultados. Na mesma linha, no topo das dimensões com melhores percentagens no "Valor 3", ainda encontramos a(s) *Aprendizagem(s) dos pais* para *Tomar conta* das crianças.

No âmbito dos cuidados de saúde primários, a *Aprendizagem* é um traço característico dos discursos produzidos pelos participantes no grupo de discussão. Todavia, em termos genéricos, os ganhos produzidos nesta(s) dimensão(ões) dos cuidados *"... ficam aquém daquilo que seria o desejável..."* (Grupo de discussão, Julho de 2005).

A realização de leituras e análises mais apuradas da informação relativa aos processos de aquisição de competências cognitivas, por parte dos utentes, é tida como altamente estimulante para as dinâmicas locais de promoção e aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados de enfermagem.

> *X – Eu acho que nós temos aqui muito por onde trabalhar. Temos que ver melhor como estamos a fazer os ensinos... mas precisamos de tempo, para isso. A Aprendizagem é uma área muito importante nos cuidados de saúde primários.*
>
> *Y – Para se fazer ensinos bem feitos é mesmo preciso tempo. Não podemos aplicar a mesma regra a todos os utentes. É também tempo. Temos que gerir os nossos tempos... temos que estruturar sessões, temos que ter panfletos a falar de enfermagem.*
>
> *Z – Olhem, temos que fazer DVD's para dar aos utentes, criar linhas telefónicas para tirar dúvidas... usar a Internet. Mas, para isto, é preciso recursos... dinheiro... isto é difícil.*
>
> *T – Eu, como sabem não trabalho num centro de saúde. mas tenho responsabilidades num hospital. Deixem-me dizer que na minha realidade, este tipo de projectos nunca ficarão por fazer, por falta de verbas. Temos que ter a capacidade de explicar isto tudo aos nossos parceiros... que não são enfermeiros, não me canso de dizer isto.*
>
> Grupo de discussão, Julho de 2005

Julgamos que dos discursos dos participantes emergem duas linhas de força. Em primeiro lugar, a necessidade de maior sistematização das actividades terapêuticas e optimização dos recursos existentes. Dentro desta linha, a aplicação de didácticas inovadoras e adequadas aos nossos tempos, parece ser um desafio interessante. Em segundo lugar, o potencial de utilização da informação, para efeitos da "contratualização" de programas de desenvolvimento da qualidade. Esta perspectiva afina pelos propósitos consensualizados para o RMDE - *fornecer informação para os diferentes níveis da tomada de decisão -,* os quais assentam numa concepção da informação que resulta da documentação de enfermagem enquanto um *"recurso estratégico"* (Zorrinho, 1999) para a governação em saúde.

6.1.2.3 Comparação dos resultados por Tipo de Unidade

A comparação de resultados que aqui realizamos está fundamentada apenas nas percentagens descritas no "Valor 3", as quais representam, como vimos, a medida em que, nos diferentes aspectos de saúde, se verificaram os melhores resultados esperados, sob a condição de terem sido documentadas intervenções do RMDE.

Temos consciência que a comparação de resultados, em muitas circunstâncias, é vista numa lógica competitiva, o que a tem retirado dos processos de desenvolvimento e reflexão sobre as práticas.

> *X – Isto é muito complicado. As pessoas, lá no meu hospital não quiseram fazer uma reunião geral... mas sabemos todos os resultados uns dos outros. É curioso... ainda temos um pouco de receio. Mas se nós pudermos aprender com os que estão a ter melhores indicadores... isso é óptimo.*
>
> Grupo de discussão, Julho de 2005

Defendemos que o potencial associado à comparação de resultados entre diferentes contextos, com base num espírito de cooperação, excede, em larga medida, os seus eventuais constrangimentos. É neste enquadramento que a colocamos.

Assim, os melhores resultados percentuais, nos focos de atenção mais frequentes e comuns aos dois ambientes de cuidados – *Úlcera de pressão e Auto cuidado: higiene* -, verificam-se no hospital. Se alargarmos o alcance deste tipo de análise comparativa (cfr. anexo 11), pudemos afirmar que os centros de saúde têm melhores resultados na *Gestão do Regime Terapêutico* e nos focos característicos da Saúde Materna e Infanto – Juvenil (i. e.: *Papel Parental* e *Amamentação*). O hospital merece destaque no âmbito das *Funções* e dos *Auto cuidados*.

Quando consideramos as diferentes dimensões dos cuidados representadas no RMDE, o hospital destaca-se na *Prevenção de complicações*, no *Auto cuidado*, na *Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados* para *Tomar conta*, na *Adaptação* e na *Adesão*. É curioso constatar que a *Adesão*, dimensão mais frequente nos centros de saúde, tem melhores resultados no hospital. No futuro, este facto deve-nos fazer apostar nesta área, uma vez que, reconhecidamente, a *"Não adesão"* aos regimes terapêuticos é uma das principais causas de acidentes vasculares entre a população hipertensa (OMS, 2003; cit. por Sousa, 2005).

Os resultados descritos para a *Aprendizagem de capacidades do cliente* e dos *pais*, e a *Aprendizagem cognitiva do prestador de cuidados*, não revelam diferenças assinaláveis, entre os dois universos de cuidados.

Uma vez descritas as diferenças entre os dois principais ambientes de cuidados, avançamos na comparação entre os diferentes domínios de assistência hospitalar e, após, entre os programas de saúde em vigor nos cuidados de saúde primários.

6.1.2.3.1 Comparação dos resultados por Domínio / Programa de Saúde

As realidades do hospital e do centro de saúde encerram em si mesmas algumas particularidades concretas, que merecem ser tidas em consideração. Neste quadro, começamos por discutir as particularidades dos diferentes domínios de assistência hospitalar e, após, detemo-nos sobre a especificidade de cada um dos principais programas de saúde em vigor nos cuidados de saúde primários.

À medida que fomos realizando o tratamento do material, fomos criando a convicção que, neste perfil de análise, a comparação dos resultados verificados nas dimensões dos cuidados representadas no RMDE bastava para nos traçar o quadro ilustrativo das diferenças entre os vários ambientes específicos.

6.1.2.3.1.1 Comparação dos resultados por Domínio de assistência hospitalar

À semelhança daquilo que foi discutido no capítulo anterior, incluímos nesta análise os serviços de atendimento aos Adultos (Cirurgia, Medicina, Especialidades Médicas e Cirúrgicas...), à Criança (Pediatria, Neonatologia) e à Mulher (Obstetrícia, Puerpério...).

Quando analisamos o material disponível no anexo 11, constatamos que no âmbito da *Prevenção de complicações,* o contexto de assistência à Criança se destaca de forma marcada dos outros dois domínios. As percentagens verificadas no "valor 3", no contexto dos serviços de atendimento ao Adulto e à Mulher, são equivalentes.

As dimensões *Adesão*, *Auto cuidado* e *Aprendizagem cognitiva dos clientes* são comuns aos serviços de assistência aos Adultos e à Mulher. Quando comparamos estes dois domínios de assistência hospitalar, tendo por referência aquelas dimensões, verificamos que, apesar das percentagens obtidas no "valor 3" serem baixas, o domínio do Adulto destaca-se na *Adesão* e na aquisição de competências cognitivas, por parte dos utentes. Pelo contrário, os ganhos mais significativos no *Auto cuidado* ocorrem nos serviços hospitalares de assistência à Mulher.

Como nos diziam os participantes no grupo de discussão, *"... nos serviços de ginecologia e obstetrícia, mas mais até na ginecologia, a questão dos auto cuidados é mais fácil... as doentes têm mais potencial para se tornarem independentes... é como nas cirurgias. Claro que nas medicinas é mais complicado!"* (Grupo de discussão, Outubro de 2005).

O desenvolvimento de competências dos pais para o exercício das actividades de *Tomar conta* é um aspecto partilhado pelos serviços de assistência às Crianças e à Mulher. Os serviços de obstetrícia e puerpério têm melhores resultados na *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) *dos pais*.

Descrito o essencial em relação aos domínios hospitalares, detemo-nos nos programas de saúde.

6.1.2.3.1.2 Comparação dos resultados por Programa de Saúde

Relativamente à *Adaptação*, os resultados percentuais dos ganhos são melhores nos diagnósticos de enfermagem documentados nos utentes sem programa de saúde. A mesma tendência mantém-se naquilo que se reporta às questões da *Adesão*. Aqui, merecem nota os fracos resultados verificados no âmbito da Saúde do Adulto.

A aquisição de competências por parte dos utentes para lidarem com os seus problemas de saúde e viverem as transições, abrange as dimensões *Aprendizagem cognitiva* e de *capacidades dos clientes*. Também aqui os ganhos operados nos casos sem programa de saúde merecem relevo. Os resultados alcançados na Saúde do Adulto e Infanto-

Juvenil são os mais limitados. Globalmente, a *Aprendizagem de capacidades dos clientes* é caracterizada por valores percentuais inferiores, quando comparada com a aquisição de competências cognitivas.

As dimensões *Auto cuidado*, *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) *do prestador de cuidados* e *Prevenção de complicações* surgem associadas aos programas de saúde centrados na assistência aos Idosos / Dependentes e Domicílios. Com base nos resultados disponíveis, em termos genéricos, podemos afirmar que o programa de saúde Domicílio é aquele que apresenta melhor desempenho. Este facto abre perspectivas muito animadoras relativamente às potencialidades que a incorporação no processo de cuidados das condições "ecológicas" concretas e específicas em que as pessoas dependentes vivem, pode ter na produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Defendemos que este tipo de dados acabam por reforçar a relevância que os *"enfermeiros de família"* (Schober & Affara, 2001) podem ter na rede de cuidados de saúde.

A *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades) *dos pais* e a *Parentalidade* caracterizam os programas de Saúde Infanto-Juvenil e Saúde Materna / Reprodutiva. Contudo, o número de diagnósticos de enfermagem agregados sob aquelas dimensões e documentados nos processos dos utentes sem programa de saúde é relevante (cfr. anexo 11). Na realidade, os melhores resultados percentuais verificam-se mesmo no quadro dos utentes "sem programa de saúde".

De acordo com aquilo que constatámos nas visitas que efectuamos aos centros de saúde e com a opinião dos participantes no grupo de discussão, *"quando um utente pode estar em vários programas de saúde, muitas vezes, nós optámos por não registar nenhum dos programas. Por isso aparecem muitos utentes sem nada"* (Grupo de discussão, Julho de 2005).

Quando consideramos os ganhos operados naquelas dimensões dos cuidados representadas na estrutura substantiva do RMDE, concluímos que a Saúde Materna / Reprodutiva tem um melhor desempenho, comparativamente à Saúde Infanto-Juvenil.

A exploração e comparação dos resultados obtidos, no plano das dinâmicas de funcionamento das Unidades de saúde e Sub Regiões, deverá, em primeiro lugar, tal como defendia Silva (2001), ser enfatizada nos ambientes internos e com uma abordagem sistemática. Para além disso, advogamos que não podem ser negligenciadas estratégias de comparação entre unidades, se o sentido da comparação se alicerçar em climas de desenvolvimento partilhado, em que todos aprendem com os resultados de cada um.

O modelo de agregação de dados desenhado assenta numa relação estreita entre os resultados verificados nos diferentes aspectos de saúde incluídos no RMDE e um painel de intervenções. Contudo, ao longo da tese e em particular neste capítulo, fomos lançando a noção da necessidade de atender a outros factores envolvidos na produção de ganhos em saúde sensíveis à tomada de decisão de enfermagem.

Com efeito, julgamos que em futuras investigações, agora viabilizadas com a implementação de RMDE, se devam equacionar metodologias capazes de nos ajudar a aumentar a nossa compreensão acerca das variáveis intervenientes na produção de resultados de enfermagem.

Com base em algumas das variáveis disponíveis no estudo exploratório desenvolvido, ensaiámos alguns procedimentos estatísticos, capazes de ilustrar o potencial de geração de informação válida acerca dos cuidados de enfermagem; apesar de termos consciência das limitações que estas formas "simplistas" de explorar os dados encerram.

Assim, quando consideramos as diferenças obtidas nos 5 diagnósticos de enfermagem (mensurados a um nível ordinal) mais frequentes no hospital e nos centros de saúde, em função da variável independente "sexo", constatamos a existência de vários aspectos sem significado estatístico (Anexo 12). Por outro lado, nos aspectos de saúde com diferenças estatisticamente significativas, os achados são pouco esclarecedores. Vale a pena salientar que aqueles diagnósticos de enfermagem, em termos de frequência, distribuem-se de forma comparável entre homens e mulheres. Neste cenário, parece-nos que a explicação das diferenças verificadas nos ganhos em saúde sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, em função do sexo dos clientes, merece estudos mais aprofundados.

Como é óbvio, as questões acerca dos factores envolvidos na produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem não se esgotam no parágrafo anterior. Na realidade, na sequência do nosso estudo, seria legítimo interrogarmo-nos, por exemplo, acerca da associação entre os resultados de enfermagem e a idade dos clientes. Da mesma forma, poderíamos questionar a força e o sentido da relação entre aqueles resultados e o número de contactos realizados no centro de saúde ou a demora dos internamentos hospitalares. Desta forma poderíamos responder a questões hipotéticas, do tipo: Será que os clientes que têm maior número de contactos de enfermagem apresentam melhores resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros? Ou ainda: Em que medida um número elevado de contactos no centro de saúde traduz uma maior dificuldade de aprendizagem dos clientes? As possíveis interrogações não se esgotam aqui...

Com os dados recolhidos entre 1 de Março e 31 de Outubro de 2005, avançámos no estudo daquelas associações, com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman*, continuando a tomar como referência os 5 diagnósticos de enfermagem mais frequentes em cada um dos contextos de cuidados (i. e.: Hospital e Centro de Saúde). Os achados foram pouco esclarecedores (Anexo 13). Com efeito, quer no centro de saúde, quer no hospital, nos aspectos com resultados estatisticamente significativos, os coeficientes alcançados permitem-nos afirmar que, praticamente todas as correlações estatisticamente significativas são *"muito fracas"* (Levin, 1987, p. 279 - 280). Esta é, sem dúvida alguma, uma área que merece maior reflexão e olhares mais atentos.

No enquadramento discutido nos parágrafos anteriores, os resultados sensíveis à tomada de decisão de enfermagem parecem ser pouco dependentes de factores como a idade dos clientes, o número de contactos realizados nos centros de saúde ou a duração dos episódios de internamento. Contudo, com base nestes achados, não pretendemos excluir aqueles elementos das discussões relativas às variáveis envolvidas na produção de ganhos em saúde. Antes, procuramos ilustrar a importância de progredirmos noutros estudos que nos possam ajudar a conhecer com maior profundidade os fenómenos.

As evidências relatadas ajudaram-nos a consubstanciar a noção que, as intervenções de enfermagem realizadas serão, muito provavelmente, um dos factores com maior relevância na produção de ganhos em saúde sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros. Dentro desta linha de pensamento, exige-se um conhecimento mais aprofundado acerca da efectividade das terapêuticas de enfermagem. Ora, como já tivemos oportunidade de verificar, existem situações em que ocorrem modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, sem a implementação de nenhuma das intervenções do RMDE.

6.1.3 Da efectividade das intervenções de enfermagem - questões emergentes

O estudo da efectividade das intervenções autónomas de enfermagem na produção de ganhos em saúde, constitui uma área de investigação em enfermagem que pode sofrer um grande incremento com a consolidação de RMDE.

Neste sentido, ensaiámos alguns procedimentos capazes de nos elucidar acerca das diferenças na evolução dos diagnósticos de enfermagem, na presença de intervenções do RMDE. Também aqui, vale a pena considerar as limitações que decorrem desta leitura dos dados. Para efeitos do estudo da efectividade das intervenções de enfermagem, as estratégias de modelagem dos dados, que dão forma ao padrão de leitura dos dados que definimos no quarto capítulo da dissertação, encerram uma grande limitação: não conseguimos saber quais foram, em concreto, as intervenções que, em cada caso,

produziram o resultado. Assim, apenas somos capazes de responder à questão do significado das diferenças na evolução dos diagnósticos de enfermagem, com a realização de, pelo menos, "uma" das intervenções do RMDE. Em estudos futuros, os quais consideramos uma prioridade, com base no RMDE, devem ser desenhados esquemas de análise do material que possam diferenciar as intervenções de enfermagem realizadas em cada situação e a sua intensidade (i.e.: n.º de realizações ou repetições).

Por forma a ilustrarmos as possibilidades de exploração das diferenças verificadas na evolução dos diagnósticos de enfermagem, tendo em consideração a realização de intervenções do RMDE, recorremos ao teste de Qui – Quadrado.

A título de exemplo, tomámos em consideração os resultados nos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no hospital, em função dos dois modelos de análise dos dados desenvolvidos, no sentido da viabilização de ganhos em saúde orientados para a *"prevenção de complicações"* e para as *"modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem"*. Ao optarmos pela realidade do hospital, procurámos abranger o maior número de situações, inclusive contrastantes, acerca da problemática da efectividade das intervenções de enfermagem. Assim, estudamos a melhoria no grau de dependência no *Auto cuidado: higiene*; a efectividade na prevenção da *Obstipação*; e a aquisição de conhecimentos sobre a *Auto vigilância*.

A tabela seguinte ilustra as diferenças encontradas no hospital, relativamente à melhoria do grau de dependência no *Auto cuidado: higiene*, comparando os casos em que se constatou a realização de intervenções do RMDE, com aqueles em que esta condição não se verificou.

Tabela 82 – Diferença encontrada no Hospital, em termos de melhoria no grau de dependência no Auto cuidado: higiene, através do teste Qui - Quadrado, em função da realização de intervenções de enfermagem

Intervenção	Evolução do Diagnóstico de Enfermagem			Total
	Sem evolução Positiva	Melhorado	Resolvido	
Sem Intervenção	*2204 (32,4%)*	*566 (8,3%)*	*4042 (59,3%)*	*6812*
Com Intervenção	*358 (23,3%)*	*143 (9,3%)*	*1033 (67,3%)*	*1534*
Total	*2562*	*709*	*5075*	*8346*
p<0,001				

Quando consideramos a globalidade do contexto do hospital, constatámos que os episódios que exibem maiores ganhos em independência são aqueles em que foi implementada, pelo menos, uma das intervenções do RMDE associadas aos *"Ganhos em*

independência no Auto cuidado: higiene". Contudo, dentro dos vários domínios de assistência, apenas a Medicina e a Ortopedia, apresentam diferenças estatisticamente significativas. Enquanto que na Medicina (p= 0,027) se mantém a tendência da globalidade; no quadro dos serviços de Ortopedia (p<0,001), os episódios sem intervenções do RMDE exibem melhores resultados. Como nos dizia um dos participantes no grupo de discussão *"Os auto cuidados são um pouco complicados nas cirurgias, são situações transitórias"* (Grupo de discussão, Outubro de 2005). Parece-nos que é no ambiente dos serviços de Medicina que as intervenções de enfermagem maior diferença fazem na promoção da independência dos clientes, na medida em que nos serviços de carácter cirúrgico as dependências são transitórias, porque derivam da própria intervenção cirúrgica. Com efeito, *"os doentes ficam dois ou três dias dependentes, depois da cirurgia, mas melhoram, conforme vai decorrendo, normalmente, o pós-operatório..."* (Grupo de discussão, Outubro de 2005).

No que se reporta à prevenção da *Obstipação*, tomando em consideração os 3554 casos com o diagnóstico – *Risco de Obstipação* -, percebemos que os episódios que apresentam melhores resultados são aqueles em que não foi implementada nenhuma das intervenções definidas no RMDE (Tabela 83).

Estes resultados remetem-nos para os territórios das discussões acerca do "real" nível de sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem da grande maioria dos focos de atenção do âmbito dos *"Processos corporais"* (ICN, 2005). Esta poderá ser uma área de investigação com subsídios relevantes para o refinamento dos conteúdos dos RMDE.

Tabela 83 – Diferença encontrada no Hospital, na prevenção da Obstipação, através do teste Qui - Quadrado, em função da realização de intervenções de enfermagem

Intervenção	Efectividade na prevenção da Obstipação		Total
	Não	Sim	
Sem Intervenção	*222 (10,7%)*	*1850 (89,3%)*	*2072*
Com Intervenção	*342 (23,1%)*	*1140 (76,9,3%)*	*1482*
Total	*564*	*2990*	*3554*
p<0,001			

Acreditamos que os resultados obtidos na prevenção da *Obstipação* são muito influenciados pela vasta gama de recursos farmacológicos disponíveis, à imagem daquilo que poderá acontecer no contexto dos sinais e sintomas das doenças. Dentro desta perspectiva, reforçamos a convicção que os focos de atenção com maior sensibilidade à tomada de decisão de enfermagem são aspectos da saúde que estão para além do diagnóstico da doença, dos tratamentos médicos e dos processos fisiológicos;

inscrevendo-se antes no campo das respostas humanas às transições.

Este nosso posicionamento parece que esvazia de sentido a dimensão – *Prevenção de complicações* – representada nos conteúdos do RMDE. Como tivemos oportunidade de discutir, esta dimensão dos cuidados engloba a prevenção de uma série de complicações, associadas a focos de atenção no âmbito das *"Funções"* (Idem, 2002). É o caso da *Aspiração*, da *Desidratação*, da *Maceração*, das *Úlceras de Pressão*, entre outros. Contudo, o argumento que esteve por detrás do consenso gerado no grupo de discussão a este nível, reside no facto de se tratarem de *"... focos para os quais não existe um medicamento, capaz de prevenir o problema... olhem... é o caso, por exemplo, das úlceras de pressão. São áreas que dependem muito da qualidade dos nossos cuidados"* (Grupo de discussão, Maio de 2003).

A problemática da efectividade das intervenções, na produção de ganhos em saúde sensíveis à tomada de decisão de enfermagem, encerra elementos de grande complexidade. No que diz respeito à aquisição de conhecimento sobre a *Auto vigilância*, constatámos que os episódios sem a realização de intervenções do RMDE têm melhores resultados que aqueles com intervenções (Tabela 84).

Desta forma, parece cair por terra a tese de que, no âmbito dos aspectos de saúde que vão para além dos processos fisiológicos, as intervenções de enfermagem fazem grande diferença.

Tabela 84 – Diferença encontrada no Hospital, em termos de aquisição de conhecimentos sobre a Auto vigilância, através do teste Qui - Quadrado, em função da realização de intervenções de enfermagem

Intervenção	Evolução do Diagnóstico de Enfermagem		Total
	Sem evolução Positiva	Resolvido	
Sem Intervenção	*129 (55,4%)*	*104 (44,6%)*	*233*
Com Intervenção	*211 (76,7%)*	*64 (23,3%)*	*275*
Total	*340*	*168*	*508*
p<0,001			

Os resultados apresentados justificam o desenvolvimento de vários eixos de investigação. Em primeiro lugar, importa considerar se as intervenções que foram implementadas são, efectivamente, capazes de produzir os resultados desejados. Vale a pena recordar as múltiplas incertezas experimentadas pelo grupo de discussão na definição das intervenções a incluir no RMDE. Por outro lado, reconhecendo a existência de clientes que, mesmo submetidos às intervenções definidas no RMDE, não passam a demonstrar o resultado desejado, urge conhecer as características destes clientes; em

que circunstâncias não aprendem, que didácticas são utilizadas ou qual a intensidade de realização das intervenções. É um sem número de interrogações que, para além de nos ajudarem a aperfeiçoar o RMDE definido, podem concorrer para uma maior formalização do conhecimento da disciplina.

Apesar dos resultados parecerem pouco animadores para o hospital, no âmbito das Especialidades Médicas, contexto de cuidados com maior número de casos relativos ao conhecimento sobre *Auto vigilância* (328 casos), existe uma diferença estatisticamente significativa (p= 0,011); a qual demonstra que os episódios com intervenções do RMDE têm melhores resultados que o grupo sem intervenções. Com efeito, um dos serviços de Especialidades Médicas envolvido neste projecto, no último ano e meio, tem em curso um programa dirigido à preparação dos doentes cardíacos, para o regresso a casa. Este programa, recorrendo a didácticas bastante inovadoras (novas tecnologias da comunicação e sessões de ensino em grupo), tem colocado a tónica na aprendizagem de competências específicas para o desempenho de actividades, por parte dos clientes, centradas no controlo de factores de risco e no despiste precoce de complicações associadas à doença. Os achados no domínio das Especialidades Médicas podem ser tomados como referência pelos outros ambientes de cuidados, na perspectiva de conhecer os elementos particulares que determinam resultados tão estimulantes. Assim, retomamos a ideia de todos poderem beneficiar com os resultados de cada um. Esta noção assenta numa dinâmica de redes de trocas de experiências e conhecimentos de enfermagem, que tomam a comparação dos resultados como um pretexto para o desenvolvimento de sinergias e não para a competição entre unidades.

6.1.4 Redes de Troca de Conhecimento e Experiências de Enfermagem (RETECE's): do desafio e da oportunidade

A comparação dos resultados do desempenho das organizações é algo de inevitável e um instrumento de gestão que hoje em dia ninguém contesta. No contexto da saúde, este é um facto de crescente importância e consenso generalizado (Bittar, 2001; Mezomo, 2001; Donabedian, 2003).

Muitas das resistências que ainda se encontram aos exercícios de comparação de resultados radicam no conceito de *"Benchmarking competitivo"* (Bittar, op. cit, p. 25). Esta é a fórmula mais associada ao "benchmarking", na medida em que se fundamenta na comparação dos desempenhos de concorrentes directos. Contudo, Donabedian (op. cit) desmistifica esta noção, ao propor uma definição de *"benchmarking em saúde"* assente na *"... comparação de instituições semelhantes para ver qual tem os melhores resultados (...) ao cuidar de pacientes semelhantes, e no exame da forma como as práticas estão a*

ser conduzidas nas instituições de maior sucesso, para aprender como melhorar o nosso próprio desempenho" (p. 64).

Os discursos dos participantes no grupo de discussão apontam nesta direcção, ao enfatizarem a necessidade de construção de espaços de partilha e trocas de experiências, com origem na comparação dos seus resultados.

> *X – Quando acabar o projecto, mesmo que o RMDE seja implementado pela ARS, vamos cada um para o seu lugar e muita desta dinâmica de discussão... se calhar, toda, vai por água abaixo. Nós criamos um clima bom, discutimos sem problemas... não temos vergonha em apresentar os nossos problemas, as nossas falhas. Acho que com os resultados podíamos ir trocando experiências.*
>
> *Y – Podemos ir comparando os nossos resultados, porque não há que ter receios, ir vendo quem está a ter melhores resultados. Olhem, se a medicina da X está melhor nisto e a minha não está tão bem... ou até está mal, deixa-me aprender com eles. Perguntar: como é que vocês fazem? Como é que são os vossos doentes? E os familiares? Que materiais é que vocês têm e nós não? Aprender, copiar... sim copiar, o que está bem e ver se funciona no nosso serviço.*
>
> *Z – Eu acho que se constituiu aqui um recurso que a ARS não pode desperdiçar. Temos que trazer novas pessoas... temos que nos reunir uma vez ou duas no ano, partilharmos... não termos medo das comparações, porque estamos todos a utilizar o mesmo. Acho fundamental. Acho que isto não pode ficar em projecto. Tem que ser uma coisa que acompanha a produção dos indicadores... com sistemática.*
>
> *X – Vamos pedir uma reunião com a ARS para lhes falar disto.*
>
> Grupo de discussão, Maio de 2005

Dos discursos produzidos relevam dois factos que reportamos como nucleares: a importância de salvaguardar requisitos de comparabilidade nos exercícios a realizar e a necessidade de imprimir sistemática e regularidade aos momentos de troca de experiências e conhecimentos.

Ao destacarmos o potencial que deriva da comparação de resultados e desempenhos entre realidades distintas, não queremos, de forma alguma, colocar em causa o sentido das comparações "intra – serviço" propostas por Silva (2001); antes lançar um conceito que lhe seja complementar.

Tal como Silva (Ibidem), defendemos que o primeiro postulado para o estabelecimento de climas promotores da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros passa pela criação de condições para, de forma regular, serem feitas comparações internas do desempenho, desafiando à (re)engenharia das estruturas e processos que não se mostrem capazes de promover a qualidade. Contudo, também advogamos que o potencial de aprendizagem que pode emergir de **Re**des de **T**rocas de **E**xperiências e **C**onhecimentos de **E**nfermagem – RETECE – constituirá um contributo essencial para a

consolidação da qualidade, como uma marca da política e cultura de todas e de cada uma das unidades de cuidados. Pensamos que a comparação de experiências criará as circunstâncias necessárias para que os vários serviços tenham um efeito de "espelho", de uns sobre os outros, aprendendo todos nesta dinâmica interactiva.

A noção de rede que propomos surge como o corolário de uma ligação entre unidades, estabilizada em torno de objectos comuns de colaboração, que colocam em evidência as sinergias da partilha. Assim, vislumbram-se redes em várias escalas, definidas em função daquilo que Donabedian (2003) designava por *"instituições semelhantes"*. Neste contexto, poderemos ter, por exemplo: a RETECE do departamento de Cirurgia do Hospital A, que se reúne à RETECE de Cirurgia do Hospital B, as quais, por sua vez fazem parte da RETECE dos hospitais da ARS – Norte.

Estas redes funcionarão, assim, em função de critérios de proximidade (ex.: geográfica e assistencial), tendo por base circuitos, canais e espaços ágeis de difusão da informação, que fomentarão a circulação de preocupações, problemas e, fundamentalmente, soluções.

6.1.5 Ter, usar e saber usar a informação: um padrão de uso do conhecimento

Ao longo da tese fomos colocando um largo número de questões relativas ao potencial de utilização da informação documentada nos SIE, para a promoção e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Evoluímos na criação de uma estratégia de recolha sistemática e regular de um RMDE, capaz de produzir sínteses informativas orientadas para a tradução de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Podemos dizer que fomos avançando do reconhecimento da existência de informação, para um cenário de optimização da sua gestão.

A *"aritmética do valor"* da informação proposta por Zorrinho (1999), a que nos referimos na exploração do conceito de informação, pode ser agora evocada, no sentido de discutirmos a noção de um *"Padrão de uso"* do conhecimento gerado a partir do RMDE. O conhecimento, nível mais estruturado da informação, é conceptualizado numa perspectiva pragmática, enquanto algo que existe para ser usado. Recordemos que os propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados apontavam para a utilidade da informação gerada, no contexto dos programas locais de melhoria da qualidade e dos processos de tomada de decisão política em saúde.

Neste quadro, um padrão de uso ou rentabilização do conhecimento gerado a partir do modelo de agregação de dados, constitui uma estratégia de gestão dos activos informacionais, orientada para a transformação da informação em acção. Assim, saber

usar a informação, corresponde a todas as actividades tendentes a acrescentar valor efectivo àquilo que a informação representa – os cuidados de enfermagem. Torna-se evidente que a simples posse de conhecimento, se não for traduzida em actividades efectivas, resulta em muito pouco ou mesmo nada.

Acreditamos que os "padrões de uso" do conhecimento gerado a partir do material que resulta do RMDE definido, pode concorrer para duas abordagens que, nos nossos dias, são tidas como essenciais para a promoção da qualidade em saúde: uma de cariz local, fundada na *"aprendizagem organizacional "* (Senge, 1990); e outra de perfil mais abrangente, baseada nos princípios da *"Governação em saúde"* (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003).

As duas abordagens enfatizam as mudanças operadas nos vários contextos de acção, tendo por horizonte a qualidade dos cuidados (Wilkinson et al., 2004). No entanto, encerram algumas diferenças, principalmente nas suas lógicas e modelos de acção. A aprendizagem organizacional, mais associada aos micro – universos de cuidados, alicerça-se na criação, apropriação e partilha de objectivos, por parte de cada elemento do serviço. A governação clínica é mais alargada, tem uma lógica de definição de metas e objectivos ao nível de gestão de topo, procura definir standards e horizontes mais gerais, mas sempre com base em mecanismos de gestão da informação, promotores da aprendizagem e de práticas baseadas na melhor evidência (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, op. cit.; Duffy & Irvine, 2004).

As Redes de Troca de Experiências e Conhecimentos de Enfermagem, que propusemos, podem funcionar como charneira entre as abordagens locais e as abordagens de carácter mais geral. Desta forma, acreditamos estar a optimizar as mais-valias que decorrem das duas perspectivas e a dar cumprimento aos propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados. Por um lado, disponibilizar informação para os programas locais de melhoria e desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Por outro, desenvolver um modelo de agregação de dados que possa ser usado em larga escala e, assim, fornecer informação para a tomada de decisão política e o planeamento em saúde.

Quer a aprendizagem organizacional, quer os modelos de governação efectiva em saúde, implicam a existência de recursos informativos fiáveis e actualizados, e estratégias de gestão da informação, capazes de fornecer pretextos para a mudança e instrumentos de avaliação das actividades desenvolvidas (Wilkinson et al., op. cit).

Existe grande consenso (Senge, 1990; Donabedian, 2003; Kerfoot, 2005) acerca dos dois elementos centrais para a promoção da qualidade do desempenho das organizações: a

existência de processos de geração e síntese de informação válida sobre a "base de conhecimento" do serviço; e lideranças promotoras da aprendizagem. A produção regular e actualizada de conhecimento sobre o cerne da actividade do serviço, exige mecanismos de recolha, análise e gestão da informação. É neste contexto que o RMDE desenhado constitui um recurso indispensável para nutrir os programas locais de promoção e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

A "base de conhecimentos" refere-se às áreas centrais de actividade do serviço, o que corresponderá, no quadro desta discussão, ao *"core"* dos focos de atenção e dimensões dos cuidados da unidade. Esta base de conhecimento também engloba o conjunto de competências centrais que se mostram capazes de produzir os melhores resultados.

O papel das lideranças, entre outras tarefas, passa pela promoção da aprendizagem baseada na reflexão sobre e para a acção, pela gestão motivacional e por facilitar a incorporação da "base de conhecimentos" nas actividades regulares do serviço, fazendo com que a qualidade passe a integrar a rotina, em vez de colidir com ela. A aprendizagem baseada na reflexão sobre a acção e para a acção pode ser entendida como sinónimo da *"aprendizagem em circuito duplo",* proposta como fundamento das organizações em mudança por Argyris (1993).

Ao contrário do que acontece na *"aprendizagem em circuito simples",* que se orienta para a detecção do erro e para a sua correcção, preservando, no entanto, os processos e as rotinas da organização, na aprendizagem em circuito duplo é valorizada a confrontação dos indivíduos (a organização) com novas informações sobre a sua "base de conhecimento". Após, estes activos informacionais, entendidos enquanto recurso, são comparados com todo o material já disponível, as normas e processos de actividade do serviço, a que se segue o questionamento da pertinência da lógica de funcionamento do sistema, por forma a serem desenvolvidas acções correctivas apropriadas, que podem envolver mudanças das práticas e dos processos que se mostrem ineficazes na optimização dos resultados.

Contudo, o principal obstáculo a esta dinâmica reside na adopção por parte dos indivíduos de *"rotinas defensivas"* (Argyris & Shon, 1978; cit. por Argyris, Idem), que tendem à negação e ao evitar de informações que lhe causem desconforto. Segundo o mesmo autor, este facto pode ser explicado, em muitas das circunstâncias, por um desfasamento entre as "teorias adoptadas" e as teorias, realmente, em "uso".

Na perspectiva de Senge (1990), só organizações de cariz informacional podem contornar aquele problema. Este tipo de organizações ou serviços são fundados na

capacidade de aceder e interpretar rapidamente a informação gerada sobre a sua actividade, de lhe dar sentido e de agir em conformidade. Aqui, cada indivíduo é desafiado a reformular o seu desempenho, na certeza do contributo que tem para a performance colectiva. Assim, postula-se que a valorização da capacidade de reflexão, processamento e integração de "informações válidas" de cada indivíduo aumenta a capacidade de reflexão e utilização pró – activa da informação de todo o sistema organizacional (Senge, op. cit.).

No que se reporta à Governação em saúde, tal como postulava o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003), defendemos que os RMDE devam ser entendidos como um dos *"instrumentos de influência"* (p. 2), necessários à articulação e avaliação da concretização das políticas de saúde e à contratualização de carteiras de serviços com as instituições prestadoras de cuidados. Só assim será possível ultrapassar o fosso que fica entre a formulação de linhas de orientação e a sua concretização no terreno.

Independentemente da abordagem utilizada para a promoção da qualidade; acreditamos que a implementação de RMDE pode configurar um importante passo na criação de condições para a viabilização de estratégias de promoção e desenvolvimento da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, com base em informação, com requisitos de fiabilidade e comparabilidade, sempre disponível.

A necessária aproximação dos "modelos em uso" ao "modelo exposto" implica a consolidação de uma "Enfermagem Avançada", dirigida por conhecimento substantivo da disciplina e pelos seus valores. Acreditamos que a melhor forma de desenvolver as práticas é através da sistematização e profissionalização das actividades centradas no *"core"* das áreas de atenção da disciplina.

O conhecimento gerado a partir do modelo de agregação de dados definido deve ser também entendido numa lógica pragmática. Assim, para além de dados e padrões para a sua leitura, precisamos de "padrões de uso" do conhecimento que deles (dos dados) deriva. Os princípios da Aprendizagem Organizacional e da Governação em Saúde, podem constituir as linhas de referência para aqueles "padrões de uso" do conhecimento. As Redes de Troca de Conhecimento e Experiências de Enfermagem, dado o seu carácter cooperativo, constituirão um elemento de união entre os programas locais de melhoria da qualidade e aquilo que emana da gestão de topo.

Desta forma, acreditamos que a informação que resulta da documentação de enfermagem será colocada num contexto estratégico, tendo por finalidade a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e, por consequência, da qualidade em saúde. Como nos dizia um dos participantes do grupo de discussão: *"isto agora não*

pode ficar arrumadinho numas capas, lá no armário do serviço. Temos que analisar isto e melhorar, penso eu!" (Grupo de discussão, Outubro de 2005). Pensamos todos...

6.2 Sínteses

Os resultados verificados nos focos de atenção mais frequentes em cada um dos principais universos de cuidados, bem como nas dimensões centrais da assistência representadas no RMDE, ficam aquém das expectativas geradas. Os factos aduzidos, mais do que elementos limitadores, desafiam-nos à procura da qualidade e dão-nos importantes pistas para a definição de prioridades e de oportunidades de desenvolvimento.

Figura 8 – Ilustração das sínteses relativas aos desafios que emergem da análise dos resultados nos Focos de atenção e Dimensões centrais dos cuidados representadas no RMDE

No contexto do Hospital, os melhores resultados verificam-se ao nível dos focos de atenção que se situam no âmbito dos processos fisiológicos, muito em particular naquilo que se refere à prevenção de complicações, como as *Quedas* ou a *Aspiração*. Este facto pode ser explicado pelo peso que tradicionalmente o controlo e gestão de sinais e sintomas das doenças tem tido nos percursos formativos e no exercício dos enfermeiros.

No universo dos Centros de Saúde, os "*ganhos em conhecimento…"* merecem destaque.

Os focos de atenção característicos da Saúde Materna e Reprodutiva - *Amamentação*, *Comportamento de Adesão durante a gravidez* e *Papel Parental* - exibem os melhores resultados. Os valores apresentados pela dimensão *Adesão*, pelo facto de serem manifestamente baixos, devem-nos fazer repensar as nossas prioridades, na medida em que, reconhecidamente, os principais problemas médicos que justificam internamentos hospitalares, são muito influenciados pela *"Não Adesão"* às recomendações terapêuticas.

Dos resultados descritos emergiu um grande número de questões que exigem investigações futuras, entroncadas nesta. Assim, importa, por exemplo, estudar a efectividade das diferentes intervenções do RMDE e o impacte que a profissionalização destas actividades terapêuticas, com base num conceito de "Enfermagem Avançada", pode ter na produção de ganhos em saúde.

A comparação dos resultados entre a realidade dos hospitais com a dos cuidados de saúde primários, revelou-nos algumas diferenças que merecem discussão. O Centro de Saúde apresenta melhores resultados na *Gestão do Regime Terapêutico*, no *Papel Parental* e na *Amamentação*. Por seu turno, o Hospital exibe melhores desempenhos no contexto dos processos fisiológicos e do *Auto cuidado*.

O potencial associado à comparação de resultados pode ser consubstanciado em Redes de Trocas de Experiências e Conhecimentos de Enfermagem, onde o clima que deve imperar estará assente em lógicas cooperativas, onde todos aprendem com as experiências de cada um. Esta visão de rede deve ser entendida como um complemento de abordagens locais (intra – serviço), de comparação de resultados ao longo do tempo. O material que resulta da existência de RMDE poderá constituir o pretexto para estes movimentos, os quais, com toda a certeza, serão capazes de promover a qualidade dos cuidados.

A necessária aproximação dos modelos em uso ao modelo que está implícito à natureza dos conteúdos clínicos do RMDE desenvolvido, dependerá da forma como os desafios que derivam do estudo que desenvolvemos forem encarados e dos "padrões de uso" do conhecimento gerado que forem adoptados.

Relativamente às *Actividades executadas pelo próprio* e no particular do *Auto cuidado*, vale a pena envidar todos os esforços tendentes à profissionalização das actividades dirigidas à promoção da independência. Aqui, destaca-se a necessidade de sistematizar intervenções de enfermagem que passem pela "utilização de equipamentos e estratégias adaptativas". No quadro dos comportamentos de *Adesão*, acreditamos que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem guarda uma estreita relação com a incorporação, no processo de cuidados, de elementos situados no âmbito das crenças de saúde, dos

aspectos motivacionais dos clientes e do suporte percepcionado.

Vimos que as dificuldades de diagnóstico constituem um dos factores que, de forma marcada, contribuem para a distância que fica entre os modelos em uso e o modelo exposto. Com efeito, o modelo que deriva dos propósitos consensualizados para o RMDE, transporta o exercício profissional dos enfermeiros, de uma lógica que durante anos foi essencialmente executiva (Silva, 2001), para uma lógica progressivamente mais conceptual. Neste cenário, a melhoria dos processos de diagnóstico configura uma das oportunidades de desenvolvimento que se colocam à disciplina. Este desafio é particularmente relevante no quadro da *Prevenção de complicações*, dimensão onde a qualidade do diagnóstico pode ser decisiva.

Dada a centralidade da *Aprendizagem* no modelo exposto, a profissionalização das acções do tipo *"Informar"* (i.e.: Ensinar, Instruir, Treinar...), representa uma questão que atravessa todas as dimensões da saúde representadas na estrutura substantiva do RMDE. Para além de se exigir a utilização das melhores didácticas e das estratégias de ensino mais criativas, vale a pena incorporar nos "ensinos" realizados as múltiplas variáveis envolvidas na aprendizagem, como, por exemplo, as capacidades de memória dos clientes, o seu nível de escolaridade, a sua disponibilidade e motivação ou, ainda, experiências anteriores de aquisição de competências para lidarem de forma eficaz com os desafios de saúde. Desta forma, defendemos a necessidade de se retirar as intervenções de enfermagem, que tomam por tipo de acção o *"Informar",* da mera transmissão de conteúdos, em que o cliente é visto como um sujeito passivo ou simples receptor da informação. Também aqui, a questão é: *"como transformar a informação em acções?"*; acções essas, compatíveis com comportamentos de saúde promotores de respostas humanas eficazes às transições experimentadas.

Relativamente ao *Tomar conta*, o desafio que se coloca passa pela concepção e inclusão do membro da família que desempenha o *Papel de prestador de cuidados*, enquanto cliente e parceiro na produção de cuidados às pessoas dependentes. Acreditamos que quanto melhor for a preparação dos conviventes significativos para o exercício das actividades de *Tomar conta*, menores serão, por exemplo, as taxas de (re)internamento nos hospitais, em particular nos serviços de Adultos, por motivos sobejamente conhecidos, como: *Úlceras de pressão*, *Desidratação*, fenómenos de *Aspiração* do conteúdo alimentar ou *Queda*, aspectos particularmente relevantes no contexto da definição de uma "Rede de Cuidados Continuados". A qualidade global dos cuidados de saúde depende, em grande medida, destes aspectos, os quais, na nossa opinião e da acordo com aquilo que resultou desta investigação, se situam no núcleo da disciplina e, por força de razão, no âmago dos contributos que os cuidados de enfermagem podem

dar para os ganhos em saúde da população.

6.3 Referências

ARGYRIS, C. (1993) – *Knowledge for Action: a Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. San Francisco: Jossey - Bass

ARGYRIS, C.; SHON, D. (1982) – *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness.* San Francisco: Jossey - Bass

BITTAR, O. (2001) – *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*; Revista de Administração em Saúde. 3 (12), p. 21 – 28

CAMPOS, A. C.; RAMOS, F (2005) – Contas e Ganhos na Saúde em Portugal: dez anos de percurso. In: *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*. Lisboa: Casa das Letras, p. 159 - 254

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

DUFFY, J.; IRVINE, E. (2004) – *Clinical governance: a system*; Quality in Primary Care. 12, p. 141 – 145

ICN (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

KERFOOT, K. (2005) – *Learning organizations need teachers: The leader's challenge*; Urologic Nursing. 25 (3), p. 227 – 229

LEVIN, J. (1987) – *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. Vila Marina, São Paulo: 2.ª Ed., Editora Harbra Ltda

LOCSIN, C. (2002) – *Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice?*; Holist Nursing Practice. 16 (2), p. 1–4

LORENSEN, M; JONES, D; HAMILTON, G (1998) – *Advanced practice nursing in the Nordic countries*; Journal of Clinical Nursing. 7, p. 257–264

MEZOMO, J., C. (2001) – *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo: Ed. Manole

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) – *Relatório de*

Primavera de 2003 Saúde: que rupturas?. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

SCHOBER, M.; AFFARA, F. (2001) – *The Family Nurse: Frameworks for Practice*. Geneva (Switzerland): ICN

SENGE, P. (1990) – *The fifth discipline: The art & practice of the learning organization*. New York: Currency Doubleday

SILVA, A (2003) – Concepção de cuidados e tomada de decisão. In: *Colectânea de comunicações no 6.º Simpósio do Serviço de Enfermagem dos HUC*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, p. 77-87

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, I. (2005) – *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

WATSON J. (1995) – *Advanced nursing practice… and what might be*; Nursing Health Care Perspective Community. 16 (2), p. 78–83

WILKINSON, J.; RUSHMER, R.; DAVIES, H. (2004) – *Clinical governance and learning organization*; Journal of Nursing Management. 12, p. 105 – 113

WOODS, L. (1997) – *Conceptualising advanced nursing practice: curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK*; Journal of Advanced Nursing. 25, p. 820-828

YAM, B. (2004) – From *vocation to profession: the quest for professionalization of nursing*; British Journal of Nursing. 13 (16), p. 978 - 982

ZORRINHO, C. (1999) – *O mundo virtual: Cadernos de Gestão dos Sistemas e Tecnologias da Informação Henrique Marcelino*, n.º 7 (Março). Amadora: Instituto de Informática

7 Conclusões

Este capítulo surge como o corolário daquilo que emergiu do percurso de investigação realizado. Neste sentido, organizamos as conclusões em torno de quatro grandes linhas. Num primeiro momento, redefinimos a problemática em estudo, incorporando alguns elementos que emergiram do percurso desenvolvido. Após, avançamos num exercício que procura situar as principais componentes teóricas que resultam da investigação, no quadro do conhecimento da disciplina. Num terceiro momento, apontamos áreas de Investigação & Desenvolvimento que se perfilam como desafiadoras nos nossos horizontes. Por último, discutimos a adequação da abordagem metodológica à finalidade e objectivos do estudo.

Este percurso de investigação permite-nos (re)equacionar o valor associado à informação que resulta dos cuidados de enfermagem. O adquirido durante o estudo possibilita-nos conceber os dados disponíveis nos repositórios de informação da saúde, muito para além de um mero "produto" das acções quotidianas dos enfermeiros, apenas dirigido à promoção da continuidade dos cuidados e à documentação legal da assistência. No quadro do desenvolvimento e consolidação de RMDE, a informação documentada e armazenada nos SIE é vista como um substrato informacional, que uma vez trabalhado por procedimentos concretos de modelagem de dados, tem potencial para se transformar em novos produtos, capazes de suportar as políticas de promoção da qualidade dos cuidados e da gestão em saúde.

Figura 9 – Esquema explicativo dos aspectos centrais envolvidos no desenvolvimento e implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem

Durante todo o percurso de construção e implementação do modelo de agregação de dados de enfermagem, tivemos oportunidade de consubstanciar a relação directa e proporcional que se estabelece entre a quantidade e a qualidade dos dados que são documentados nos SIE e a natureza das sínteses informativas que deles (dos dados) derivam. Esta íntima relação entre a matéria-prima e o produto, reveste-se de enorme significado ao definirmos toda e qualquer estratégia de optimização dos recursos informativos. Assim, ao pensarmos em modelos de agregação de dados de enfermagem, devemos ter consciência que, independentemente do seu nível de agregação, as sínteses informativas disponibilizadas referem-se sempre a material que resulta da documentação da relação de cuidados, produzida "à cabeceira do cliente".

Nesta linha de pensamento, o RMDE representa uma parte dos conteúdos dos SIE em uso localmente. Para isso, os SIE têm que, necessariamente, cumprir alguns requisitos estruturais que permitam a agregação de dados de diferentes origens e em diferentes escalas. A RIS é uma realidade em Portugal, já integrando módulos de enfermagem (Sousa et al, 1999; Silva, 2001) que, sob o ponto de vista da sua arquitectura, podem constituir referências muito sólidas acerca das grandes linhas a observar nos SIE, tendo

em vista a viabilização de RMDE. Na nossa opinião, este aspecto coloca-se com grande acuidade, num contexto de natural e desejável proliferação de aplicativos informáticos.

Com efeito, as características nucleares dos modelos de dados que resultaram dos trabalhos de Sousa e colaboradores (1999) e de Silva (2001) – SIE do Tipo II –, revelaram-se adequadas à viabilização de RMDE. Em primeiro lugar, porque asseguram a disponibilidade de dados. À semelhança dos estudos daqueles autores, neste percurso, tivemos oportunidade de verificar um aumento assinalável da quantidade e qualidade dos dados documentados nos SIE, relativamente aos cuidados de enfermagem. Se no contexto das unidades que, à data do início do projecto, utilizavam SIE do Tipo II, constatámos um crescente registo de aspectos que, até então, ficavam "invisíveis"; nas unidades que inicialmente tinham SIE do Tipo I, as mudanças foram por demais assinaláveis. Nesta perspectiva, podemos com segurança afirmar que, a implementação de RMDE pode ser um pretexto muito interessante para melhorar a natureza dos conteúdos nos SIE.

As características dos SIE do Tipo II revelaram-se essenciais para o fortalecimento da fiabilidade e protecção do material que dá corpo ao RMDE. Os consensos produzidos no grupo de discussão e as opções tomadas para a recolha sistemática dos dados, foram orientadas pelo princípio: documentar o dado uma vez e no âmbito das actividades quotidianas, e utilizá-lo tantas vezes quantas as necessárias (Silva, op. cit.). Desta forma, pretende-se que a recolha do RMDE não exija tarefas adicionais de documentação, para os enfermeiros. Defendemos que, se assim não for, corremos sérios riscos de fazer cair por terra toda e qualquer estratégia de agregação de dados. Por outro lado, ao colocarmos os procedimentos de modelagem do material e a sua circulação na RIS, concorremos para o incremento da salvaguarda da confidencialidade e protecção dos dados pessoais dos clientes.

Relativamente às questões da comparabilidade dos dados, os SIE embutidos na RIS revelaram-se capazes de permitir a partilha da mesma parametrização do material. Este aspecto constitui um eixo estruturante do modelo de agregação de dados desenvolvido. A partilha dos mesmos procedimentos de modelagem dos dados e de produção das sínteses informativas exigem lógicas de estruturação dos SIE, também elas comuns. O facto das unidades envolvidas no projecto terem modelos de organização dos dados nos SIE comuns, independentemente do suporte, mostrou-se de capital importância para a viabilização do modelo de agregação de dados. À medida que forem sendo implementados SIE do Tipo II, suportados nas TIC e observados os requisitos de comparabilidade que derivam deste estudo, ficam asseguradas as condições para que a produção automática do painel das sínteses informativas desenhadas seja uma realidade

em larga escala.

Dos propósitos do RMDE emergiu uma ideia–chave: o RMDE deve ser útil para os necessários programas de melhoria e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e, desta forma, constituir-se como um recurso para os diferentes níveis da tomada de decisão em saúde. Dentro deste enquadramento, assumiu-se que o núcleo impulsionador da qualidade dos cuidados de enfermagem, se situa nos territórios da dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros, tendo por fundamento um conjunto mínimo de aspectos, centrados nos padrões de respostas humanas às transições. Isto não quer significar que a dimensão interdependente do exercício deva ser negligenciada, bem pelo contrário. Deve manter os elevados padrões de qualidade que lhe são unanimemente reconhecidos, talvez devido ao grau de sistematização e profissionalização que a caracteriza.

Em consonância com aquilo que emergiu do estudo, as sínteses informativas relativas às dimensões da saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, para serem utilizáveis, têm que incorporar diferentes níveis de agregação de dados. Estes níveis variam desde a escala da unidade de cuidados até, no limite, ao nível da gestão política. Advogamos que só desta visão poderão advir benefícios para todos os potenciais utilizadores do conhecimento gerado e, em última análise, para os cidadãos.

Apesar das reconhecidas dificuldades em levar por diante estratégias de melhoria da qualidade com o foco na componente – *resultados* –, os propósitos consensualizados para o RMDE conduziram-nos para sínteses informativas, essencialmente, centradas na tradução de ganhos em saúde / resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A incipiente utilização da abordagem centrada nos resultados nos sistemas de qualidade pode ser explicada pelas dificuldades de recolha e análise sistemática de informação (Delaney & Moorhead, 1995; Donabedian, 2003), com base em critérios padronizados. Assim, a existência de mecanismos de análise regular da informação, representa um elemento fulcral para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a qual é colocada num contexto estratégico de desenvolvimento contínuo.

O percurso de investigação que realizámos, tendo presentes os propósitos consensualizados para o modelo de agregação de dados, orientou-se para a identificação de aspectos de saúde com grande sensibilidade à tomada de decisão em enfermagem. Dentro desta perspectiva, mas conscientes das limitações associadas ao estudo, acreditamos que o conjunto de focos de atenção e dimensões dos cuidados representadas nos conteúdos clínicos do RMDE definido, bem como o seu conjunto de intervenções, constituem um “mínimo de dados” capaz de promover avanços

substanciais na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao desenvolvermos um projecto de investigação que reconhece um conjunto de elementos dos cuidados como centrais para o exercício, julgamos estar a concorrer para a identificação de fenómenos de interesse para a disciplina. Neste enquadramento, evoluímos na discussão do significado que aquilo que resultou desta investigação pode ter, à luz da teoria de enfermagem.

A estrutura substantiva dos conteúdos clínicos do RMDE definido gira em torno de um conjunto restrito de conceitos. Merecem destaque: as *Actividades executadas pelo próprio,* onde se inclui o *Auto cuidado* e a *Adesão*; a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades); a *Adaptação* e o *Tomar conta,* conceito com o qual se relacionam a *Parentalidade* e o *Papel de prestador de cuidados* (ICN, 2002; 2005). A *Prevenção de complicações* surgiu nesta discussão como um conceito derivado dos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001). Ao longo da tese fomos designando estes conceitos como "Dimensões centrais dos cuidados" representadas no RMDE, o que pode ser enquadrado dentro do *"core"* da disciplina. Tais conceitos têm, ao longo dos tempos, de forma mais ou menos marcada, impregnado os discursos e produções teóricas de enfermagem, o que lhes confere estabilidade e consistência.

Para Meleis e seus colaboradores (2000), os desafios que se colocam aos clientes nas transições que estes vivem e experimentam, podem ser de natureza desenvolvimental, onde se situam, por exemplo, os fenómenos relativos ao(s) *Auto cuidado(s)*, em particular durante o envelhecimento; de carácter situacional, obrigando à reformulação de papéis, por exemplo, para *Tomar conta* de alguém dependente ou de uma criança; ou mudanças operadas por episódios de doença, que implicam, quase sempre, processos de *Adaptação* e *Adesão*. Todavia, quanto ao seu carácter, as transições não são mutuamente exclusivas, o que significa que numa mesma situação uma pessoa pode viver, em simultâneo, mais do que um desafio. Para efeitos desta discussão, importa-nos sublinhar que, como nos diz Meleis (2005), nas transições, os fenómenos de interesse para a enfermagem estão associados a um grupo muito particular de aspectos da saúde.

Pelo exposto, não nos parece abusivo dizer que dimensões dos cuidados que caracterizam os conteúdos do RMDE definido fazem parte do *"domínio da enfermagem"*, entendido como o território particular e estável da disciplina, que "...*inclui o objecto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina"* (Idem, p. 11). Assim, o objecto de interesse da disciplina são os *"... padrões*

das respostas humanas..." (Idem, p. 223), face aos desafios ou transições que cada ser humano experimenta. Os estudos de Meleis e colaboradores (2000) indicam-nos que os clientes em transição partilham muitas similitudes, pelo que podemos falar em padrões de respostas.

Para Newman (2002), a identificação de padrões de necessidades, intervenções e, acrescentamos nós, resultados, em enfermagem "...*"...constitui a força unificadora do conhecimento que a disciplina busca"* (p. 2). Através da consolidação de uma estratégia de recolha e análise sistemática de um RMDE em Portugal, julgamos ser possível ir projectando tendências, percebendo variações e desvelando modificações, nos padrões de respostas humanas às transições. Neste cenário, um RMDE poderá representar um recurso capaz de fornecer informação útil para a formalização progressiva do conhecimento da disciplina.

Tendo presente a centralidade das respostas humanas nas transições, Meleis e os seus colaboradores (op. cit.) advogam a necessidade do desenvolvimento de instrumentos capazes de monitorizar o nível de *"... conhecimentos, capacidades e comportamentos necessários para gerir as novas situações e contextos"* (p. 26). O modelo de agregação de dados desenhado revelou-se capaz de tal desiderato, na medida em que, como vimos, uma parte significativa das métricas desenvolvidas está orientada para aqueles aspectos.

Quer os focos de atenção, quer as principais dimensões dos cuidados representadas nos conteúdos do RMDE definido, estão para além dos domínios do diagnóstico médico, do tratamento das doenças e dos processos fisiológicos. O desafio está colocado no desenvolvimento do repertório de recursos dos clientes para lidarem com os processos de vida e as transições. Nesta perspectiva, julgamos ter emergido deste estudo numa noção da enfermagem enquanto *"Ciência básica"* (Parse, 1999, p. 1384), que não se fundamenta na mera aplicação de conhecimento produzido noutras áreas do saber, mas, fundamentalmente, na geração e representação de conhecimento próprio. As preposições e o enquadramento conceptual que utilizamos, bem como a interpretação dos achados, alicerçaram-se em elementos derivados da teoria de enfermagem.

Quer-nos parecer que aquilo que resulta desta investigação concorre para a geração de conhecimento acerca das principais necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes e as formas de aumentar os seus recursos e capacidades, bem como dos seus familiares, para lidarem com as actividades diárias e os desafios que os processos de vida lhes colocam. Meleis (2005) defende que é nestas áreas que urge gerar – para aplicar – conhecimento específico de enfermagem (p. 95 – 96).

A natureza das intervenções de enfermagem incluídas nos conteúdos do RMDE

desenvolvido, caracteriza-se por um grande ênfase no fornecimento de conteúdos cognitivos e recursos instrumentais, para os clientes lidarem de forma eficaz com os seus desafios de saúde. Cerca de 85% dos enunciados das intervenções definidas na primeira fase do projecto inscrevem-se no âmbito do *"Informar"* e do *"Atender"* (ICN, 2002, p. 143 - 146), desprovidas de recursos tecnológicos. Com efeito, a principal "tecnologia" empregue naquelas intervenções é o próprio enfermeiro, a sua criatividade e capacidade de interacção com os clientes.

Vimos que a exploração do sentido ou intencionalidade colocada nas intervenções, associadas a cada um dos diagnósticos de enfermagem, foi um elemento estruturante para a clarificação dos conteúdos do RMDE. Para Meleis (op. cit.), na medida em que as terapêuticas de enfermagem são parte integral do domínio da disciplina, o estudo do *"... conteúdo das intervenções e dos seus objectivos..."* (p. 116), bem como a identificação daquelas que se mostram mais capazes de promover a saúde e o bem-estar, são uma prioridade da investigação em enfermagem.

O estudo que realizámos identificou um painel de intervenções que radicam na interacção com os clientes, assumindo esta interactividade como fulcro das terapêuticas de enfermagem. Todavia, exige-se que tal conjunto de intervenções seja tomado por objecto de estudo, com o intuito de explorar a sua efectividade. Desta forma estamos a concorrer para o estabelecimento de *"teorias prescritivas",* tidas por Meleis (Idem, p. 17 - 19) como uma prioridade.

Os achados que resultam deste estudo podem ser categorizados no âmbito das *"teorias explicativas"*, uma vez que nos *"... ajudam a (...) explicar e predizer fenómenos de enfermagem e as suas relações..."* (Ibidem). Na realidade, os resultados encontrados permitem-nos ter uma noção mais clara sobre a distribuição das principais necessidades em cuidados de enfermagem nas populações, das intervenções realizadas e dos resultados obtidos. Com o alargamento do modelo desenhado a outros ambientes, podemos antever as principais necessidades em cuidados de enfermagem que determinado grupo de clientes apresenta, num contexto particular de acção; o que sob o ponto de vista da definição dos processos assistenciais constitui uma mais-valia.

O potencial de utilização prática dos resultados deste estudo, nomeadamente do modelo de agregação de dados definido, é atestado pelas preocupações que foram colocadas no seu desenho e na escolha dos parceiros estratégicos. A conciliação da dimensão "Desenvolvimento", com a dimensão "Investigação", para além de posição apriorística da equipa de investigação, procurou ser iluminada por um aspecto que atravessa todas as discussões realizadas acerca da utilidade do processo de teorização em enfermagem: a

capacidade dos resultados da investigação contribuírem para a melhoria dos cuidados.

Conforme se depreende da leitura da dissertação, os contributos que os achados desta investigação podem ter para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, configuram a marca distintiva do percurso realizado. Desta forma, acreditamos que a investigação aqui relatada é, por força de razão, um contributo para uma profissão e disciplina fortemente *"orientada para a prática"* (Meleis, 2005, p. 94).

O curso deste projecto de investigação conduziu-nos a um conjunto nuclear de dimensões dos cuidados, tido como altamente sensível à tomada de decisão dos enfermeiros. Nesta perspectiva, tal como nos diz Parse (1999), somos convidados a proceder a uma transformação das práticas, que já não se compadecem com a mera aplicação de conhecimentos da Medicina, Psicologia ou Sociologia. *"Esta é um alteração na estrutura e na forma"* (p. 1383) de fazer enfermagem, agora numa perspectiva própria e singular (Watson, 2002).

Esta perspectiva própria e singular exige conhecimento substantivo de enfermagem, o que é compatível com o conceito de *"Enfermagem Avançada"* (Locsin, 2002), por oposição a uma concepção das práticas cada vez mais envolvidas no saber médico, compatíveis com uma "pequena medicina, feita por enfermeiros", que tem vindo a ser designada internacionalmente como *"Prática Avançada".* Apesar destas discussões e lógicas dicotómicas fazerem mais sentido em contextos como, por exemplo, os EUA, vale a pena recordar o peso que historicamente a cultura médica tem tido na enfermagem ou os riscos associados às transformações nos modelos de assistência de saúde e segurança social que se vislumbram.

Para efeitos da discussão que aqui propomos, a identificação de um conjunto de aspectos de saúde inscritos na dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros e muito sensíveis à sua tomada de decisão, obriga-nos a sedimentar o conhecimento substantivo de enfermagem.

Na sequência da exploração que realizámos no quinto capítulo desta dissertação, percebemos que a necessária e desejável aproximação dos "modelos em uso" – Enfermagem realizada – ao "modelo exposto" – Enfermagem idealizada –, depende, em grande medida, do desenvolvimento de competências de diagnóstico e intervenção, face aos principais aspectos de saúde representados nos conteúdos do RMDE proposto.

É neste enquadramento que defendemos que um núcleo central de áreas de atenção, também implica um núcleo central de competências de enfermagem. Acreditamos que os resultados de pesquisas orientadas para o refinamento do diagnóstico em enfermagem e a efectividade das intervenções dos enfermeiros, serão o fundamento para a

consolidação de um corpo de conhecimentos capaz de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os resultados que temos disponíveis levam-nos a defender que os projectos de qualidade e os modelos de "formação–acção" que estão ao seu serviço, deverão privilegiar a incorporação da melhor evidência disponível, animando uma prática de enfermagem, que, por ser avançada, resulta da integração da melhor evidência empírica, com a perícia clínica e os valores dos clientes (Sackett et al., 2000; Fawcett et al., 2001; Pipeet al., 2005).

Segundo Craig & Smyth (2002), a melhor estratégia para introduzir a evidência empírica nos contextos de acção, passa pela criação de mecanismos sistemáticos de revisão da literatura sobre os principais tópicos de interesse para a unidade. Para além do mais, importa profissionalizar os processos de diagnóstico e, fundamentalmente, de intervenção, sob a forma de procedimentos ou guias orientadores, revistos, também eles, de forma regular, com base nos resultados relativos aos ganhos em saúde que vão sendo disponibilizados.

Pelo exposto, o desenvolvimento de um conjunto nuclear de competências de enfermagem, dirigidas a dimensões da saúde com grande sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros, implica uma *praxis* desenvolvida sob uma perspectiva própria, assente num conceito de "Enfermagem avançada", conduzida pela melhor evidência disponível e pelos valores centrais da profissão.

Com base naquilo que resulta desta tese, existem quatro grandes áreas de Investigação & Desenvolvimento que julgamos prioritárias:

- a efectividade das intervenções de enfermagem na produção de ganhos em saúde;
- o impacte da profissionalização dos processos de diagnóstico e das intervenções de enfermagem na qualidade dos cuidados;
- a projecção de tendências e padrões de necessidades, intervenções e resultados de enfermagem;
- a incorporação dos contributos que a publicação da Versão 1 da CIPE® pode ter no refinamento dos modelos de SIE e de agregação de dados.

Relativamente à efectividade das intervenções de enfermagem, é importante perceber quais são as intervenções que se mostram mais capazes de produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. O desenho de estudos dirigidos a esta problemática, para além de concorrer para o refinamento dos conteúdos clínicos em que

se baseia o modelo de agregação de dados que foi desenvolvido, poderá dar importantes subsídios para a formalização do conhecimento, de cariz prescritivo, da disciplina.

No que se refere ao impacte da profissionalização dos processos de diagnóstico e de intervenção de enfermagem na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, acreditamos que o sentido de desenvolvimento das práticas passará, indubitavelmente, por aqui. Urge conhecer, partilhar e consolidar as estratégias mais válidas de melhoria da qualidade dos cuidados, por forma a dar consistência às Redes de Trocas de Experiências e Conhecimentos de Enfermagem que preconizamos. Por outro lado, postulamos que este tipo de abordagens podem constituir pretextos muito adequados para a criação de reais "padrões de uso" do conhecimento gerado, a partir da viabilização de RMDE.

A consolidação no terreno de RMDE abre perspectivas de conhecimento mais aprofundado sobre a variabilidade e diversidade dos diferentes grupos de clientes, quer em termos de necessidades de cuidados, quer em termos de resultados obtidos. A definição de padrões de necessidades em cuidados de enfermagem e de resultados, exigirá o desenvolvimento de pesquisas centradas na exploração das múltiplas variáveis envolvidas na obtenção de ganhos em saúde que, por estarem para além das intervenções propriamente ditas, também nos ajudará a refinar o conceito de "sensibilidade aos cuidados de enfermagem". Com a viabilização de RMDE, criam-se condições para, ao longo do tempo, ir projectando tendências e modificações nos padrões de necessidades em cuidados das populações, o que implicará a incorporação de uma maior consciência "ecológica" na compreensão dos fenómenos.

Com a recente publicação da Versão 1 da CIPE® (ICN, 2005), abrem-se perspectivas de desenvolvimento de vocabulários de enfermagem cultural e localmente mais "sensíveis"; o que, a acontecer no nosso contexto, deverá ter em consideração as principais dimensões dos cuidados representadas na estrutura substantiva do RMDE definido. Nestes processos, valerá a pena considerar os diferentes estatutos que os vários aspectos de saúde parecem revelar, fora do quadro restrito da estrutura taxonómica da CIPE®. Pensamos que os principais conceitos ou dimensões da saúde representadas no RMDE podem constituir elementos de referência para o progresso e organização daqueles vocabulários locais.

Ainda no âmbito da articulação do adquirido nesta investigação com a publicação da Versão 1 da CIPE®, julgamos pertinente levar por diante pesquisas centradas na produção de consensos alargados acerca do nível conceptual a utilizar nos conteúdos clínicos do RMDE. Esta questão é particularmente relevante no que respeita às

intervenções de enfermagem. Como vimos, actualmente, dentro da estrutura da RIS, as intervenções apresentam níveis de descrição dos comportamentos terapêuticos dos enfermeiros muito díspares.

As quatro áreas de investigação que lançamos nos parágrafos anteriores serão dirigidas pelos conceitos que reportamos como fundamentais para a disciplina: a promoção da independência no *Auto cuidado* e dos comportamentos de *Adesão*; a promoção do exercício da *Parentalidade* e do *Papel de prestador de cuidados*; e a ampliação do repertório de recursos dos clientes para o desenvolvimento de respostas *Adaptativas* e de *Auto controlo* eficazes. Acreditamos que este movimento irá, simultaneamente, criar a necessidade e as condições para o desenvolvimento de estudos focalizados na ontologia daqueles conceitos; o que, para efeitos da progressão do conhecimento da disciplina, configura um grande desafio.

A consonância do paradigma de investigação e da abordagem metodológica com a finalidade e objectivos do estudo, é um dos aspectos que importa rever no momento em que se produz um discurso conclusivo sobre o percurso realizado.

Este estudo teve por intenção desenvolver um modelo de agregação e gestão de dados de enfermagem capaz de ser útil nos diferentes contextos de acção, através da geração de recursos informacionais promotores da consolidação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A adopção de uma abordagem de perfil construtivista revelou-se adequada à consecução dos objectivos definidos, na medida em que, assim, foi-nos possível a construção de um entendimento da problemática, tendo em consideração as necessidades e o papel desempenhado pelos actores locais, bem como as circunstâncias envolventes, que derivam das condições ecológicas em que se desenvolvem os cuidados de enfermagem. Dentro desta perspectiva, foi possível construir um discurso explicativo acerca dos RMDE, que não se limita a um exercício de importação ou testagem de modelos já existentes, mas que se alicerça num trabalho de clarificação da construção colectiva que emerge num determinado contexto.

A produção de soluções e entendimentos consensuais, devidamente informados e esclarecidos, baseados nas condições ecológicas dos contextos de acção dos sujeitos representam, para Guba & Lincoln (1994), marcas distintivas do construtivismo. Foi neste paradigma que colocámos este percurso de investigação. Com efeito, ao longo destes quatro anos criámos a convicção que seria muito difícil viabilizar um modelo de agregação de dados que se revelasse útil para as práticas, sem consensos oriundos do trabalho realizado por aqueles que, nos seus contextos de acção quotidiana, são

afectados pelas soluções emergentes do estudo.

O discurso explicativo construído, para além de enfatizar o papel desempenhado pelos actores locais e a natureza específica de cada ambiente de cuidados, é desenvolvido a partir de uma gama alargada de dados, visões e perspectivas, que resultam do envolvimento no estudo de realidades, nalguns aspectos, contrastantes. A riqueza dos dados que emergiram das estratégias metodológicas adoptadas promoveu o dinamismo das construções, o que dá aos resultados um enorme potencial de adequação e validade.

Em síntese, podemos afirmar que este percurso de definição de um RMDE e respectivo modelo de agregação do material constitui uma iniciativa com contributos importantes para o aumento do conhecimento da disciplina, não só por aquilo que gera, mas também pelas oportunidades de desenvolvimento que se perfilam no horizonte.

7.1 Referências

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2002) – *The evidence – based practice: manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set, standardized language, and health care quality*; Journal of Nursing Care Quality. 10 (1), p. 16 – 30

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

FAWCETT, J.; WATSON, J.; NEWMAN, B.; WALKER, P.; FITZPATRICK, J. (2001) – *On nursing theories and evidence*; Journal of Nursing Scholarship. 33 (2), p. 115 – 119

GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994) – *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications

ICN (2002) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

LOCSIN, C. (2002) – *Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice?*; Holist Nursing Practice. 16 (2), p. 1–4

MELEIS, A I., SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. (2000) – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*; Advances in Nursing Science. September, p. 13 – 28

MELEIS, A. I. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins

NEWMAN, M. A. (2002) – *The Pattern that connects*; Advances in Nursing Science. 24 (3), p. 1 – 7

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Dezembro

PARSE, R. R. (1999) – *Nursing Science: the transformation of practice*; Journal of Advanced Nursing. 30 (6), p. 1383 – 1387

PIPE, T.; WELLIK, K.; BUCHDA, V.; HANSEN, C.; MARTYN, D. (2005) – *Implementing Evidence – Based Nursing Practice*; MEDSURG Nursing. June. 14 (3), p. 179 – 184

SACKETT, D.; STRAUS, S.; RICHARDSON, W.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. (2000) – *Evidence – based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: 2ª Ed., Churchill Livingstone

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

WATSON, J. (2002) – Caring and nursing science: contemporary discourse. In: WATSON, J. – *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health*. New York: Springer, p. 11 – 19

8 Bibliografia

ADAM, E. (1994) – *Ser enfermeira*. Lisboa: Colégio de Medicina e Saúde – Instituto Piaget

ADLER, M.; ZIGLIO, E. (1996) – *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health.* London: Kingsley Publishers

ALFARO, R. (1986) – *Application of Nursing Process: a step-by-step guide*. Philadelphia: JB Lippincott.

ALFARO, R. (1995) – *Critical Thinking in Nursing - A Practical Approach*. Philadelphia: Saunders Company

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. (2002) - *Introdução à epidemiologia*. Rio de Janeiro: 3ª Ed., Medsi

ANA (1994) – *Steering Committee on Databases Congress of Nursing Practice. Position statement on: A national nursing database to support clinical nursing practice*. Washington, DC: American Nurses Association

ANA (1995a) – *An Emerging Framework: Data system Advances for Clinical Nursing Practice*. Washington, DC: American Nurses Association

ANA (1995b) – *Standards of Practice in Nursing Informatics*. Washington, DC: American Nurses Association

ANA (1999) – *Nursing-Sensitive Quality Indicators for Acute care Settings and ANA' s Safety & Quality Initiative.* On line: http://nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm, em 19-07-2002

ANDERSON, B. J.; HANNAH, K. J. (1993) – *A Canadian nursing minimum data set: A major priority*; Canadian Journal of Nursing Administration. 6, p. 7 – 13

ANDERSON, B.; HANNAH, K.; BESNER, J.; BROAD, E.; DUGGLEBY, W.; LARSEN, S.; MACKENZIE, W.; REYES, L. (1994) - *Health information: nursing components*. Canadian Nurse. 90 (9), p. 33 - 35

ANDERSON, L. (1997) - *Argyris and Schön's theory on congruence and learning.* On line: http://www.scu.edu.au/schools/sawd/arr/argyris.html, em 23-05-2003

ARGIMON PALLÁS, J.; JIMÉNEZ VILLA, J. (2000) - *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: 2ª Ed., Harcout

ARGYRIS, C. (1993) – *Knowledge for Action: a Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. San Francisco: Jossey - Bass

ARGYRIS, C.; SHON, D. (1982) – *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness.* San Francisco: Jossey - Bass

ATKINSON, C.; PEEL, V. (1998) – *Transforming a Hospital through Growing, not Building, an electronic Patient Record System*. Meth. Inf. Med. 37, p. 285 - 293

AYDELOTTE, M.; PETERSON, K. (1987) – Nursing Taxonomies – The state of the art. In: *Classification of Nursing Diagnosis – Proceedings of the seventh Nursing Diagnosis Congress.* St. Louis: McLane, A (Ed.), Mosby.

BAKKEN, S.; CASHEN, M.; MENDONÇA, E.; O'BRIEN, A.; ZIENIEWICZ, J. (2000) – *Representing nursing activities within a concept-based terminological system: evaluation of a type definition*. JAMIA. 7 (1), p. 81 - 90

BALL, M.; DOUGLAS, J. V.; LILLIS, J. (2001) – Health Informatics: Managing Information to Deliver Value. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – *MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdan: IOS Press, p. 305 – 308

BANDMAN, E.; BANDMAN, B. (1995) – *Critical Thinking in Nursing*. Connecticut: 2ª Ed., Appleton & Lange

BASKERVILLE, R. (1995) – *Investigating Information Systems with action Research*. Communications of the Association for Information Systems. 2 (29), (October)

BASTO, M. (1998) – *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros

BEAN, K. B. (2005) – *Development of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates Minimum Data Set: an evidence-based resource*; Gastroenterology Nursing. (28) 1, p. 56 – 58

BEERMAN, R. (1998) – *Information Management and the Continuum of care*. Nursing Administration Quarterly. 22 (3), (Spring), p. 49 - 53

BELL, J. (1997) – *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva

BENNER, P. (1984) – *From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addinson Wesley.

BÉRESNIAK, A.; DURU, G. (1999) - *Economia da Saúde*. Lisboa: Climepsi

BERETTA, R. (1996) – *A critical review of the Delphi technique*; Nurse Researcher. 3 (4), p. 79 – 89

BERG, M. (2001) – *Implementing information systems in Heath care organizations: myths and challenges.* International Journal of Medical Informatics. 64 (2 – 3), p. 143 - 156

BERNAERTS, K.; EVERS, G.; SERMEUS, W (2000) – *Frequency of intravenous medication administration to hospitalised patients: secondary data-analysis of the Belgian Nursing Minimum Data Set*; International Journal of Nursing Studies. 37 (2), p. 101 – 110

BITTAR, O. (2001) – *Indicadores de qualidade e quantidade em saúde*; Revista de Administração em Saúde. 3 (12), p. 21 - 28

BLEGEN, M.; TRIPP-REIMER, T (1997) – *Implications of nursing taxonomies for middle-range theory development*. Advances in Nursing Science. 19 (3), (March), p. 37

BLEWITT, D. K.; JONES, K. R. (1996) – *Using elements of nursing minimum data set for determining outcomes*, Journal of Nursing Administration. 26 (6), p. 48 –56

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) – *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto editora

BOSTICK, J.; RIGGS, C. J. ; RANTZ, M. (2003) – *Quality Measurement in Nursing: an Update of where we are now;* Journal of Nursing Care Quality. 18 (2), p. 94 – 104

BRERETON, L.; NOLAN, M. (2003) – Seeking partnerships between family and professional carers: stroke as a case in point. In: NOLAN, M;, LUNDH, U.; GRANT, G.; KEADY, J. – *Partnerships in Family Care: understanding the caregiving career*. Maidenhead: Open University Press, p. 50 – 68

BRITO, A. (2003) – *A representação do juízo diagnóstico em Enfermagem – dos dados "matéria-prima" aos juízos dos enfermeiros sobre os seus focos da prática*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

BROAD, L; HANNAH, K.; ANDERSON, B.; BESNER, J.; LARSEN, S.; MACKENZIE, W.; REYES, L. (1995) - *Classification systems for health information: nursing components part III – client outcomes.* AARN News letter. 51 (6), p. 20 - 22

BROWN, P.; SONKSEN, P. (2000) – *Evaluation of the quality of information retrieval of clinical findings from a computerized patient database using a semantic terminological model.* JAMIA. 7 (4), p. 392 - 403

BRUNT, B. A.; GIFFORD, L.; HART, D.; McQUEEN-GOSS, S. (1999) - *Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care.* Journal of Nursing Care Quality. 14 (1), (Oct.), p. 1 - 10

BULL, M.; ROBERTS, J. (2001) – *Components of a proper hospital discharge for elders*. Journal of Advanced Nursing. 35 (4), p. 571 - 581

BURGESS, R. (1997) – *A pesquisa de terreno: uma introdução.* Oeiras: Celta editora

CAMPOS, A. C. (1987) - *A combinação público-privada em saúde : privilégios, estigmas e ineficiências*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

CAMPOS, C; RAMOS, F (2005) – Contas e Ganhos na Saúde em Portugal: dez anos de percurso. In: *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*. Lisboa: Casa das Letras, p. 159-254

CARAPINHEIRO, G. (1993) - *Saberes e poderes no hospital : uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto : Edições Afrontamento

CARDOSO, A. (2003) – *Representação dos conceitos centrais da Enfermagem – num contexto de Saúde Materna e Obstetrícia*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

CARNEVALI, D.; THOMAS, M. (1993) – *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing.* Philadelphia: J. B. Lippincott Company

CHOCHOLIK, J.; BOUCHARD, S.; TAN, J.; OSTROW, D. (1999) – *The determination of relevant goals and criteria used to select an automated patient care information system: a Delphi approach*; Journal of the American Informatics Association. 6 (3), p. 219 – 233

CLARK, J.; DELANEY, C. (2000) – Conceptualisation and feasibility of an international Nursing Minimum Data Set (I-NMDS). In: SABA, V.; CARR, R.; SERMEUS, W.; ROCHA, P. – *One Step Beyond. The Evolution of Technology & Nursing, Proceedings of the 7th International Congress on Nursing Informatics*. Auckland: Addis International

COENEN, A.; MAREK, K. D.; LUNDEEN, S. P. (1996) – *Using nursing diagnoses to explain utilisation in a community nursing center*. Research in Nursing & Health. 19, p. 441 – 445

COENEN, A.; McNEIL, B.; BAKKEN, S.; BICKFORD, C.; WARREN, J. (2001) – *Toward comparable nursing data: American Nurses Association criteria for data sets, classifications systems, and nomenclatures and related dissemination activities*. Computers in Nursing. 19 (6), p. 240 - 246

COENEN, A.; PESUT, D. (2002) – *Global Nursing language: Making international nursing visible*. Journal of Professional Nursing. 18 (3), p. 113 - 114

COENEN, A.; SCHONEMAN, D. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set: use in the quality process*; Journal of Nursing Care Quality. 10 (1), p. 9 – 15

COENEN, A.; WEIS, D. M.; SCHANK, M. J.; MATHEUS, R. (1999) – *Describing parish children's nurse practice using the minimum Nursing Data Set*; Public Health Nursing. 16

(6), p. 412 – 416

COLLIÈRE, M. (1989) – *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE DADOS (2004) – *Relatório de Auditoria ao Tratamento de Informação de Saúde dos Hospitais (Relator: Guerra, A. – Novembro de 2004)*. On line: http://www.CNPD.pt/bin/relatorio.final.pdf, em 11-01-2005

COMISSÃO PERMANENTE DOS HOSPITAIS DA U. E. - HOPE – Portugal (2000) – *A Qualidade dos Cuidados de Saúde, actividades hospitalares*. Grupo de trabalho em cuidados de qualidade em Hospitais: Subcomissão para a Coordenação

CONDON, E. (1986) – *Theory derivation: aplication to nursing*. Journal of Nursing Education. 25 (4), (Apr.), p. 156 - 159.

COOK, R.; RENDER, M.; WOODS, D. (2000) – *Gaps in the continuity of care and progress on patient safety*. British Medical Journal. (320) 7237, (Mar.), p. 791 – 794

COSTA, M. (2002) – *Cuidar Idosos – Formação, prática e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau

COSTA, M. (2003) – *Enfermagem Geriátrica: a arte de aprender cuidando*. Mundo Médico. 29, p. 68

COUPER, M. (1984) – *The Delphi technique: a methodological discussion*. Advances in Nursing Science. 7 (1), p. 72 – 77

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2002) – *The evidence – based practice: manual for nurses*. Edinburgh: Churchill Livingstone

D'HAINAUT, L. (1990) – *Conceitos e Métodos da Estatística – Volume I Uma variável a uma dimensão*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

DAFT, R.; MORALES, F. (1999) - *Administração*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: 4ª Ed.,LTC - Livros Técnicos e Científicos

DAISKI, I. (2000) – *The road to professionalism in Nursing: case management or practice based in nursing theory*. Nursing Science Quarterly. 13, p. 74 - 79

DANDRINOS-SMITH, S.; GARMAN, D.; BARANOWSKI, S.; DAVOL, L.; PERSON, C. (2000) – *The making of a supermodel*. Nursing Management. 31 (10), (Oct.), p. 33 - 36

DANIELS, N. C. (1997) – *Estratégias Empresariais e Tecnologias da Informação*. Lisboa: Editorial Caminho

DARBYSHIRE, P. (2004) – *Rage against the machine?: Nurses` and Midwives` experiences of using computerized Patient Information Systems for clinical information*;

Journal of Clinical Nursing. 13, p. 17 – 25

DAVIES, S. (2005) – *Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry*. Journal of Advanced Nursing. 52 (6), p. 658 - 671

DELANEY, C.; HOVENGA, E.; COENEN, A.; PARK, H. (2001) – The International Nursing Minimum Data Set (i-NMDS) & The International Classification for Nursing Practice (ICNP®): Next Steps. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – *MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 1537

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. (1995) – *The Nursing Minimum Data Set, standardized language, and health care quality*; Journal of Nursing Care Quality. (10) 1, p. 16 – 30

DELANEY, C.; REED, D.; CLARKE, M. (2000) – Describing Patient Problems & Nursing Treatments Patterns Using Nursing Minimum Data Sets (NMDS & NMMDS) & UHDDS Repositories. In: OVERHAGE, J., M. – *AMIA 2000 Converging Information, Technology, & Health Care.* Los Angels: Ed. AMIA

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (1994) – *Handbook of Qualitative Research.* London: Sage Publications

DOCHTERMAN, J.; TITLER, M.; WANG, J.; REED, D.; PETTIT, D.; MATHEW-WILSON, M.; BUDREAU, BULECHECK, G.; KANAK, M. (2005) – *Describing use of Nursing Interventions for three Groups of Patients*; Journal of Nursing Scholarship. 37 (1), p. 57 - 66

DOENGES, M.; MOORHOUSE, M., F. (1992) – *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem.* Lisboa: Lusodidacta

DOLIN, R. (1997) – *Outcome analysis: considerations for an electronic health record*. MD Computing. 14 (1), p. 50 - 56

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

DONALDSON, M. (1999) – *Measuring the quality of health care*. Washington DC: IOM

DORAN, D.;SIDANI, S.; WATT-WATSON, J.; LASCHINGER, H.; McGILLIS HALL, L. (2001) – A Methodological Review of the Literature on Nursing-Sensitive Outcomes. In: MINISTRY OF HEALT AND LONG – TERM CARE OF ONTARIO; THE NURSING AND EFFECTIVENESS, UTILIZATION AND OUTCOMES RESEARCH UNIT OF UNIVERSITY OF TORONTO – *Invitational Symposium – Nursing and Health Outcomes Project*. Toronto: University of Toronto. On line: http://www.org.on.ca/health

DOSSEY, B. M.; KEEGAN, L.; GUZZETTA, C.; KOLKMEIER, L. (1995) – *Holistic Nursing: A Handbook for Practice*. Gaithersburg – Maryland: 2ª Ed., Aspen Publishers

DOWDING, D. (2001) – *Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability*. Journal of advanced Nursing. 33 (6), p. 836 - 846

DRAPER, P. (1990) – *The Development of theory in British nursing current position and future prospects;* Journal of Advanced Nursing. 15, p. 12 – 15

DRISCOLL, A. (2000) – *Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital*. Journal of Advanced Nursing. 31 (5),p. 1165 – 1173

DUDECK, J (1998) – *Aspects of implementing and harmonizing healthcare communication standards*; International Journal of Medical Informatics. 48 (1-3), p. 163 – 171

DUFFIELD, C. (1993) – *The Delphi Technique: a comparison of results obtained using two expert panels*; International Journal of Nursing Studies.30 (3), p. 227 - 237

DUFFY, J.; IRVINE, E. (2004) – *Clinical governance: a system*; Quality in Primary Care. 12, p. 141 – 145

EAVES, D. (1996) – *Benefits of nursing information systems: are there any?* Computer Bulletin. (April)

EHNFORS, M.; HARDIKER, N.; HOY, D.; NIELSEN, G.; THERKELSEN, L.; ROSSI MORI, A. (1999) – *CEN/TC 251 Short Strategic Study. Systems of concepts for nursing: a strategy for progress. Final Report*: CEN

EJLERTSSON, G.; BERG, S. (1984) - *Continuity – of – care Measures: an analytic and empirical comparison*. Medical Care. 22 (3), (Mar.), p. 231 - 239.

ERIKSEN, L.; TURLEY, J.; DENTON, D.; MANNING, S. (1997) – Data Mining: A Strategy for Knowledge Development and Structure in Nursing Practice. In GERDIN, U.; WAINWRIGHT, P.; TALLBERG, M. – *Nursing Informatics' 97, The Impact of Nursing Knowledge and Health Care Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 383 – 388

EUROPEAN COMMITTEE FOR STANDARDIZATION (2000) – *Health Informatics – System of concepts to support nursing*. Brussels: CEN

EVERS, G. (2003) – *Developing Nursing Science in Europe*; Journal of Nursing Scholarship. 35 (1), p. 9 – 13

EVERS, G.; VIANE, A.; SERMEUS, W.; SIMOENS-DE SMET, A.; DESLESIE, L. (2000) –

Frequency of and indications for wholly compensatory nursing care related to enteral food intake: a secondary analysis of the Belgium National Nursing Minimum Data Set; Journal of Advanced Nursing. 32 (1), p. 194 – 201

FAGERSTROM, L.; ENGBERG, B. (1998) – *Measuring the unmeasurable: a caring science perspective on patient classification*; Journal of Nursing Management. 6, p. 165 - 172

FAWCETT, J. (1978) – *The relationship between theory and research: A double helix*, Advances in Nursing Science. 1 (1), p. 49 -62

FAWCETT, J. (1989) – *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company

FAWCETT, J.; WATSON, J.; NEWMAN, B.; WALKER, P.; FITZPATRICK, J. (2001) – *On nursing theories and evidence*; Journal of Nursing Scholarship. 33 (2), p. 115 – 119

FIGUEIREDO, M. C. (2003) – *Contributos para a clarificação do conceito de enfermagem de família.* Revista Sinais Vitais. 45, p. 31 - 34

FISHER, R. (1978) – *The Delphi method: a description, review, and criticism*; Journal of Academic Librarianship. 4, p. 64-70.

FITZPATRICK, J. & WHALL, A. (1989) - *Conceptual models of nursing Analysis and application*. 2º ed. Norwalk: Appleton & Lange

FONTEYN; M. (1998) – *Thinking Strategies for Nursing Practice*. New York: Lippincott

FORCHUK, C. (1995) – *Uniqueness within the nurse-client relationship*; Archives of Psychiatric Nursing. 9 (1), p. 34 – 39

FORD, P.; WALSH, M. (1995) – *New rituals for old: nursing through the looking glass*. Oxford: Butterworth – Heinemaann

FORTIN, M. (1999) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência

FOSTER, R. (2001) – *Who is responsible for measuring Nursing Outcomes*?; Journal for Specialists in Paediatric Nursing (JSPN). 6 (3), p. 107 – 108

FREEMAN, R. (1973) – *Enfermería de Salud Publica*. 2ª ed. Madrid: Interamericana

FRENCH, B. (1997) – *British studies which measure patient outcome, 1990-1994*; Journal of Advanced Nursing. 26, p. 320 - 328

FRIEDMAN, M. (1998) – *Family Nursing Research, Theory and Practice*. Stamford: 4ª Ed., Appleton & Lange

FRIEDMAN, M. (1998) – *Family Nursing: research, theory and practice*. Stamford: Appleton & Lange

GERDIN, U.; TALLBERG, M.; WAINWRIGHT, P. (1997) – *Nursing Informatics: the impact of nursing knowledge on health care informatics*. Amsterdam: IOS Press

GERTEIS, M.; EDGMAN-LEVITAN, S.; DALEY, J. (1993) - *Through the patient's eyes. Understanding and promoting patient-centred care*. San Francisco: Jossey-Bass

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1992) – *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora Ltd

GIBBS, A. (1997) – *Social Research Update 19: Focus Group Issue nineteen*; Social Research Update. Guildforf, England: Departement of Sociology University of Surrey. On line: http://www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU19.html, em 20-05-2003

GILLISS, C. (1989) – Family Research in Nursing. In: GILLISS, C.; HIGHLEY, B.; ROBERTS, B. & MARTINON, I. – *Towards a science of family nursing*. Menlo Park, CA: Addison Wesley

GINNEKEN, A. (2002) – *The computerized patient record: balancing effort and benefit;* International Journal of Medical Informatics. 65 (2), p. 97 – 119

GLASER, B.; STRAUSS, A. (1967) – *The Discovery of Grounded theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine

GODCHAUX, C. (1999) – *Case managers drive care integration*. Nursing Management. 30 (11), (Nov.), p. 32B - 32G

GOMES PEREIRA, M. (1995) – *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

GOODMAN, C. (1987) – *The Delphi technique: a critique*. Journal of Advanced Nursing. 12, p. 729 - 734

GOOSSEN, W. (2000 b) – *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag

GOOSSEN, W. (2000a) – *Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem*. Enfermagem. 18 (2.ª série), (Abr. / Jun.), p. 5 - 22

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; DASSEN, T. (1997) – *Criteria for Nursing Information Systems as a component of the Electronic Patient Record: an International Delphi study;* Computers in Nursing. 15 (6), p. 307 – 315

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; DASSEN, T.; HASMAN, A.; HEUVEL, W. (1997) – *Can e solve current problems with Nursing Information Systems?*; Computers Methods and Programs in Biomedicine. 54 (1,2), p. 85 – 91

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; FEUTH, T.; VAN DENHEUVEL, W.; HASMAN, A.; DASSEN, T. (2001) – *Using the Nursing minimum Data Set for Netherlands (NMDSN) to illustrate differences in Patient populations and variations in nursing activities*; International Journal of Nursing Studies. 38 (3), p. 243 – 257

GOOSSEN, W.; EPPING, P.; VAN DENHEUVEL, W.; FEUTH, T.; FREDERIKS, C.; HASMAN, A. (2000) – *Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items*; Journal of Advanced Nursing. 31 (3), p. 536 – 547

GORDON, M. (1998) – *Nursing nomenclature and classification systems development*. Online Journal of Issues in Nursing. (30 Sept.). On line: http://www.nursingworld.org/ojin/tpc7/tpc7_1.htm

GRAVES, J. R.; CORCORAN, S. (1989) – *The study of nursing informatics*. Image - Journal of Nursing scholarship. 21 (4), p. 227 – 231

GRIFFITHS, P. (1995) – *Progress in measuring nursing outcomes*. Journal of Advanced Nursing. 21, p. 1092 - 1100

GRUBER-BALDINI, A.; ZIMMERMAN, S. (2000) – *The validity of the minimum data set in measuring the cognitive impairment of persons admitted to nursing homes*; Journal of the American Geriatrics Society. 48 (12), p. 1601 – 1606

GUBA, E.; LINCOLN, Y. (1994) – *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications

HARGARAVES, J. L; PALMER, R. H.; ZAPKA, J. (1993) - *Using patient reports to measure health care system performance.* Quality Health Care. 1, p. 208 - 213

HARTMAIER, S. L.; SLOANE, P. D.; GUESS, H. A.; KOCH, G. C. (1994) – *The MDS Cognition Scale: a valid instrument for identifying and stating nursing home residents with dementia using the minimum data set;* Journal of the American Geriatrics Society. 42 (11), p. 1173 – 1179

HASSON, F.; KEENEY, S.; McKENNA, H. (2000) – *Research guidelines for the Delphi survey technique;* Journal of Advanced Nursing. 32 (4), p. 1008 – 1015

HENDERSON, A.; ZERNIKE, W. (2001) – *A study of the impact of discharge information for surgical patients*. Journal of Advanced Nursing. 35 (3), p. 435 - 441

HENDERSON, V. (1665) – *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermeria*. 2ª ed., Washington: Organization Panamericana de la Salud

HENDRIX, C.; RAY, C. (2006) – *Informal Caregiver Training on Home Care and Cancer Symptom Management Prior to Hospital Discharge: A Feasibility Study*. Oncology Nursing Forum. 33 (4), p.793 – 798

HENRY, B.; ELFRINK, V.; McNEIL, B.; WARREN, J. (1998) - *The ICNP®'S relevance in US,* International Nursing Review. 45 (5), p. 151 - 157

HENRY, S. B. (1995) – *Nursing informatics: state of the science*; Journal of Advanced Nursing. 22, p. 1182 - 1192

HESBEEN, W. (2000) – *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência

HESBEEN, W. (2001) - *Qualidade em enfermagem : pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência

HILL, M.; HILL, A. (2002) - *Investigação por questionário*. Lisboa: 2ª Ed. revista e corrigida. Sílabo

HJORTDAHL, P.; BORCHGREVINK, C. F. (1991) - *Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations*. British Medical Journal. 303 (9), (Nov.), p. 1181 - 1184

HOGG, M.; TINDALE, S. (2001) – *Blackwell handbook of social psychology: group process*. Oxford: Blackwell publishers Ltd

HOVENGA, E. (2001) – *Nursing information and the use of electronic health records*; Australian Nursing Journal. 8 (11), p. 39 - 49

HOY, D. (1997) – Managing Expectations: users, requirements and the International Classification for Nursing Practice. In MORTENSEN, R. - *ICNP In Europe: Telenurse*. Amsterdam: IOS Press

HOY, D.; HARDIKER, N. (1999) – Representing Nursing: The Puzzle of Language and Classification. In: MORTENSEN, R. – *ICNP® and Telematic Applications for Nurses in Europe.* Amsterdam: IOS Press

HUBER, D. G.; DELANEY, C.; CROSSLEY, J.; MEHMERT, M.; ELLERBE, S. (1992) – *A Nursing Management Minimum Data Set: significance and development*; JONA. 22 (7/8), p. 35 – 40

ICN (1993) – *Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Geneva, Switzerland: ICN, (Oct.)

ICN (2000) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

ICN (2005) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0 (CIPE® versão 1- Tradução oficial Portuguesa)*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

INGERSOLL, G.; McINTOSH, E.; WILLIAMS, M. (2000) – *Nurse – sensitive Outcomes of advanced practice*; Journal of Advanced Nursing. 32 (5), p. 1272 - 1281

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (IQS) (2006) – *Projectos*. On line: http://www.iqs.pt em 22-05-2006

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÌSTICA – *Indicadores Sociais: edição de 2005*. Disponível on line: http://www.ine.pt/prodserv/quadros/periodo.asp?pub_cod=163

IOM (2004) – *Focus on crossing the quality chasm: The IOM health care quality initiative*. On line: http://www.iom.edu/focuson.asp?id=8089, em 01-05-2004

JACOBS-KRAMER, M.; CHINN, P. (1998) – *Perspectives on Knowing: a model of nursing knowledge.* Scholarly Inquiry for Nursing Practice. 2 (2), p. 129 - 139

JAVEAU, C. (1992) – *L'Enquête par Questionnaire*. Bruxelles: Ed. Université de Bruxelles

JENSDÓTTIR, A. B.; RANTZ, M.; HJALTADÓTTIR, I.; GUOMUNDSDÓTTIR, H.; ROOK, M.; GRANDO, V. (2003) – *International comparison of quality indicators in United States, Iceland and Canadian nursing facilities*, International Nursing Review. 50, p. 79 - 84

JESUÍNO, J. C. (1993) – Estrutura e processos de grupo: interacções e factores de eficácia. In VALA, J.; MONTEIRO, M. – *Psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 259 - 286

JESUS, H. (2004) - *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

JOHNSON, M. (2005) - *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Porto Alegre: Artmed, 2005

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (1997) – *Nursing Outcomes Classification*, St. Louis: Mosby

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2000) – *Nursing Outcomes Classification – NOC* -, St. Louis: 2ª Ed, Mosby

JOINT COMMISSION (1989) – *Agenda for change – Characteristics of Clinical Indicators*; Quality Review Bulletin. 15 (11)

JONES, A.; CUSAK, G.; CHISHOLM, L. (2004) – *Patient Intensity in an Ambulatory Oncology Research Center: A step forward for the field of ambulatory care – Part II*; Nursing Economics. 22 (3), p. 120 – 123

JONES, L. D. (1997) – *Building the information infrastructure required for managed care*; Image – The Journal of Nursing Scholarship. 29 (4), p. 377 – 382

JUDD, C. M.; SMITH, E. R.; KIDDER, L. H. (1991) – *Research Methods in Social Relations.* Orlando: 6th Ed., Harcourt Brace & Company

JUNNOLA, T.; ERIKSSON, E.; SALANTERA, S.; LAURI, S. (*2002) – Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients nursing problems*; Journal of Clinical Nursing. 11, p. 186 - 196

KERFOOT, K. (2005) – *Learning organizations need teachers: The leader's challenge*; Urologic Nursing. 25 (3), p. 227 – 229

KÉROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.& MAJOR, F. (1994) – *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Québec: Éditions Études Vivantes

KETELE, J.; ROEGIERS, X. (1993) – *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos.* Lisboa: Instituto Piaget

KETELE, J.; ROEGIERS, X. (1993) – *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget

KILBRIDGE, M. (1998) - The role of information systems in IDS – physician relationships. Journal of the Healthcare Financial Management Association. 52 (6), (Jun.), p. 31 - 33

KITZINGER, J. (1994) – *The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants*. Sociology of Health. 16 (1), p. 103 - 121

KITZINGER, J. (1995) – *Qualitative research: introducing focus groups*; British Medical Journal. 31, p. 299 - 302

KOZIER, B.; ERB, G. (1983) – *Soins Infirmiers – Une approche global*. Canada: Ed. du Renoveau Pédagogique INC

KRUEGER, R. A. (1998 a) – Analysing & Reporting Focus Groups Results, Vol. 6. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage Publications

KRUEGER, R. A. (1998 b) – Moderating Focus Groups, Vol. 4. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage

KRUEGER, R. A.; KING, J. A. (1998) – Involving Community Members in Focus Groups, Vol. 5. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage

KUHN, K. A.; GIUSE, D.A.; BAKKER, A. R.; BALL, M. J.; GELL, G. (2001) – Challenges in Deploying Health Information Systems. In PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. – *MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 1551

KULBOK, P.; GATES, M.; VICENZI, A.; SHULTZ, P. (1999) – *Focus on community: directions for nursing knowledge development*; Journal of Advanced Nursing. 29 (5), p. 1188 – 1196

KUNAVIKTIKUL, W.; ANDERS, R.; SRISUPHAN, W.; CHONTAWAN, R.; NUNTASUPAWAT, R.; PUMARPORN, O. (2001) – *Development of quality of nursing care in Thailand*; Journal of Advanced Nursing. 36 (6), p. 776 - 784

LA MONICA, E. (1994) – *Comunicación in Dirección y Administración en Enfermería: un enfoque práctico*. Madrid: Ed. Mosby / Doyma. Cap. 9, p. 179 - 191

LAURI, S; SALANTERA, S. (1995) – *Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses*; Journal of Advanced Nursing. 21, p. 520 - 527

LEE, J. L.; DEAN, H. (1995) – *Practice-education synergy: a research focus on continuity of care*. Nursing Outlook. 43 (3), p. 124 - 128

LEE, T. T.; LEE, T. Y.; LIN, K.; CHANG, P. (2005) – *Factors affecting the use of nursing information systems in Taiwan;* Journal of Advanced Nursing. 50 (2), p. 170 – 178

LEININGER, M. (1991) – *Culture care diversity and universality*. New York: National League for Nursing Press

LEININGER, M.(1985) – *Qualitative Research Methods in Nursing*. Orlando – Florida: Grune and Stratton

LEMMER, B. (1998) – *Successive surveys of an expert panel: research in decision making with health visitors*; Journal of Advanced Nursing. 27, p. 538 - 545

LEPROHON, J. (2001) – A qualidade dos cuidados de enfermagem. In ORDEM DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

LESLIE, K. (1999) – Clinical quality development: data entry. In: MORTENSEN, R. – *ICNP® and Telematic Applications for Nurses in Europe.* Amsterdam: IOS Press

LESSARD – HÉBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1990) – *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget

LEVIN, J. (1987) – *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. Vila Marina, São Paulo: 2.ª Ed., Editora Harbra Ltda

LEWIN, K. (1951) – *Field Theory in Social Science*. New York: Harper & Row

LEWIS, M. (1998) – *Focus group interviews in qualitative research: a review of the literature.* Action Research Electronic Reader. On line: http//casino.cchs.usyd.edu.au/arrow//reader/rlewis.htm, em 23-07-2002

LINSTONE, H.; TUROFF. (2002) – *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Ed. Murray Turoff & Harold A Linstone. On line: http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/, em 27-04-2004

LOCSIN, R. (2002) – *Quo Vadis? Advanced Practice Nursing or Advanced Nursing Practice?*; Holistic Nursing Practice. 16 (2), p. 1 – 4

LOPES, M. (1999) – *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio - moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

LOPES, M. (2003) – *A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na enfermagem*. Revista de Investigação em Enfermagem. 8, p. 63 - 74

LORENSEN, M; JONES, D; HAMILTON, G (1998) – *Advanced practice nursing in the Nordic countries*; Journal of Clinical Nursing. 7, p. 257 – 264

LORENZI, N. (2000) – *The cornerstones of medical informatics*; Journal of the American Medical Informatics. 7 (2), p. 204

LORENZI, N.; RILEY, R. (1994) – *Organizational aspects of Health Informatics – Managing Technological Change.* New York: Springer-Verlag

LORRAINE, B. (1992) – *User's guide to 40 community health indicators*. Otawa: National Health Information Council

LOSEE, R. M. (1997) – *A Discipline Independent Definition of Information*; Journal of the American Society for Information Science. 48 (3), p. 254 – 269

LUSSATO, B. (1995) – *Informação, comunicação e sistemas*. Lisboa: Dinalivro.

LYNN, S. E. (2002) – *The development of a time-based nursing information system in dermatology outpatients and day therapy areas*; Journal of Nursing Management. 10, p. 153 – 160

MAANEN, J. V. (1988) – *Tales of de field.* Chicago: The University of Chicago Press

MAAS, M. L.; JOHNSON, M.; MOORHEAD, S. (1996) – *Classifying nursing-sensitive patient outcomes*; IMAGE – Journal of Nursing Scholarship. 28 (4), p. 295 – 301

MACEDO, N.; MACEDO, V. (2005) - *Gestão hospitalar*. Lisboa: Lidel, cop.

MACHADO, P. A. (2001) – *Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários: contributos para um discurso mais rigoroso.* Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MANDIL, S. (1991) – Health Informatics should influence, and be influenced by its key components: The example of nursing informatics. In HOVENGA, E.; HANNAH, K.; McCORMIK, K.; RONALD, J. – *Nursing Informatics' 91, Proceedings of the Fourth International Conference on Nursing Use of computers and Information Science*. New York: Springer Verlag, p. 21 - 28

MARAMBA, P.; RICHARDS, S.; LARRABEE, J. (2004) – *Discharge planning process: Applying a model for evidence-based practice.* Journal of Nursing Care Quality. 19 (2), p. 123 - 129

MARCONI, M.; LAKATOS, E. (1985) – *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados.* São Paulo: Atlas

MAREK, K. D. (1997) – *Measuring the effectiveness of nursing care*; Outcomes Management for Nursing Practice. 1 (1), p. 8 - 12

MARIN, H. F.; RODRIGUES, R.; DELANEY, C.; NIELSEN, G. H.; YAN, J. (2001) – *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. Washington, D. C.: Pan American Health Organization

MARRINER, A. (1986) – *Nursing Theorists and their Work CV*. St Louis: Mosby

MARTINS, C. (2006) – *Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo centrado nos resultados*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

McCANN, T.; CLARK, E. (2003) – *Grounded theory in nursing research: Part 1 – Methodology*. Nurse Researcher. 11 (2), p. 7-18

McCLOSKEY, J.; BULECHEK, G. (2000) – *Nursing Interventions Classification (NIC).* St Loius: 3ª Ed, Mosby

McCOLL, A.; ROLAND, M. (2000) – *Clinical governance in primary care: Knowledge and information for clinical governance*. BMJ. 321, p. 871 - 874

McGARRY, K. (1984) – *Da documentação à informação: um conceito em evolução*. Lisboa: Editorial Presença

McGOWMAN, A.; BRAITHWAITE, V. (1992) – *Stereotypes of Emotional Caregivers and their Capacity to Absorb Information: The Views of Nurses, Stroke Carers and the General* Public. Journal of Advanced Nursing. 17, p.822 – 828

McHUGH, M. L.; BRENNAN, P. F.; HARSANYI, B.; McDERMONTT, S.; OZBOLT, J.; SIMPSON, R.; SKIBA, D.; MILHOLLAND, K. (1994) - *The scope of practice for nursing informatics*. Washington DC: American Nurses Publishing, Task Force on the scope of practice for nursing informatics

McNEIL, J. (1998) – *Coping: Pain questionnaire to hospitalized patients*. Journal of Pain and Symptom Management. 16 (1), p. 29 – 40

McQUEEN, J.; MARWICK, P. (1995) – *Introduction: evolution of patient- focused care within the contextual framework of an integrated delivery system (IDS).* Journal of Soc. Health System. 5, p. 5 - 9

McSHERRY, D. (1999) – *Dynamic and static approaches to clinical data mining*. Artificial Intelligence in Medicine. 16 (1), p. 97 - 115

MELEIS, A I., SAWYER, L.; IM, E.; MESSIAS, D.; SHUMACHER, K. (2000) – *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*; Advances in Nursing Science. September, p. 13 – 28

MELEIS, A. I. (2005) – *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins

MEZOMO, J., C. (2001) – *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo: Ed. Manole

MINAYO, M. L. (1993) – *O desfio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 2 ed. São Paulo: Hucitec

MONTI, E. J.; TINGEN, M. S. (1999) – *Multi Paradigms of Nursing Science*; Advances in Nursing Science. 21 (4), p. 64 – 80

MORENO-CASBAS, T.; MARTÍN-ARRIBAS, C.; ORTS-CORTÉS, I.; COMET-CORTÉS, P. (2001) – *Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study*; Journal of Advanced Nursing. 35 (6), p. 857 - 863

MORGAN, D. L (1998) – The Focus Group Guidebook, Vol. 1. In: MORGAN, D. L.; KRUEGER, R. A. – *Focus groups Kit, Vol 1, 2, 3, 4, 5, 6*. Thousand Oaks, California: Sage

MORGAN, D. L. (1997) – *Focus groups as qualitative research*. 2ª ed. London: Sage

MORRIS, J.; HAWES, C.; FRIES, B. (1990) – *Designing the National resident assessment instrument for nursing homes*; Gerontologist. 30 (3), p. 293 - 307

MORSE, J. (1994) – Designing Funded Qualitative Research. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. – *Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE Publications. Cap. 13, p. 220 - 225

MORSE; J.; FIELD, P. (1998) – *Nursing Research: the application of a qualitative approaches.* 2ª ed. London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd

MORTENSEN, R. (1999) – *ICNP and telematic applications for nurses in Europe: the Telenurse experience*. Amsterdam: IOS Press

MORTENSEN, R. (1999) – ICNP® Beta: A Combinatorial Design for Professional Unity and Expressive Power. In MORTENSEN, R. – *ICNP® and Telematic Applications for Nurses in Europe*. Amsterdam: IOS Press

MORTENSEN, R: (1996) – *International Classification for Nursing for Nursing Practice with Telenurse Introduction*. Amsterdam: IOS Press

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. (1994) – *Conflict and Consensus: a General theory of collective decisions.* Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications

MUNHALL, P.; BOYD, C. (1993) – *Nursing Research: a qualitative perspective*. 2ª Ed. New York: National League for Nursing press

NANDA (1995) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NANDA (1998) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 1997 - 1998*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NANDA (2003) – *Nursing Diagnosis: Definitions & Classification 2003 - 2004*. Philadelphia: North American Nursing Diagnosis Association

NCNR (1998) – *Update to the working paper on nursing research priorities*. Unpublished

paper, National Center for Nursing Research, National Institute of Health. On line: http://www.mih.gov/ninr/vol 4/Overview, chapter 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7. html em 21-05-1999

NETO, F. (1998) – *Psicologia social*. Lisboa: Universidade Aberta, Vol.1

NEVES, R. (2001) – *Informatização das Unidades de Saúde: dos conceitos à prática*. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas

NEWMAN, M. A. (2002) – *The Pattern that connects*; Advances in Nursing Science. 24 (3), p. 1 – 7

NIELSEN, G. (1999) – Telenurse Introduction to β – ICNP®. In *Research and Technology Development project HC4029: Telematic Applications for Nurses: Integration and Dissemination of European Nursing Terminology in Information Technology*. Copenhagen: Danish Institute for Health and Nursing Research

NIGHTINGALE, F (1898) - *Notes on Nursing – What It Is, And What It Is Not*. New York: Appleton and Company

NOLAN, M. (2000) – *Improving patient care through data competence*. Nursing Economics. 18 (5), p. 250 - 256

NOLAN, M.; GRANT, G.; KEADY, J. (1996) - Family Caregiving: A Temporal Perspective. In: NOLAN M.; GRANT G.; KEADY J.; - *Understanding Family Care*. Buckingham: Open University Press, p. 107 - 132

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003) – *Relatório de Primavera de 2003 Saúde: que rupturas?*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

OPAS (2001) – *Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud*; Boletín Epidemiológico. 22 (4), p. 1 - 5

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Divulgar. Dezembro

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM (2003) – *Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999 / 2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OREM, D. (1971) – *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill

OREM, D. (1983) – The Self-care deficit theory of nursing: A general theory. In: CLEMENTS, I.; ROBERTS, F. – *Family Health: A theoretical approach to nursing care.* New York: John Wiley & Sons

OZBOLT, J. (1998) – *From Minimum Data to Maximum Impact: Using Clinical Data Set to Strengthen Patient Care*. On line: http://cti.itc. Virginia.edu /~spf2j/707materials/ozbolt98.htm

PADILHA, M. (2006) – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PARK, M.; DELANEY, C.; MAAS, M.; REED, D. (2004) – *Using a Nursing Minimum Data Set with older patients with dementia in an acute care setting*; Journal of Advanced Nursing. 47 (3), p. 329 - 339

PARSE, R. R. (1999) – *Nursing Science: the transformation of practice*; Journal of Advanced Nursing. 30 (6), p. 1383 – 1387

PATEL, V.; ROGERS, R.; HAUX, R. (2001) – *MEDINFO 2001, Proceedings of the 10th World Congress on Medical Informatics (Part 1 and Part 2)*. Amsterdam: IOS Press

PATRÃO NEVES, M.; PACHECO (coordenação de) (2004) – *Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) – *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS

PEAT, J. (2002) - *Health science research: a handbook of quantitative methods*. London: Sage Publications

PELLETIER, D.; DIERS, D. (2004) – *Developing Data for Practice and Management: an Australian Educational Initiative*; Computers, Informatics, Nursing. 22 (4), p. 197 - 202

PEREIRA, F. (2001) – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem.* Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PEREIRA, F. (2004) – *Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido*. Revista da Ordem dos Enfermeiros. 13. Suplemento da revista, p. 14-22

PEREÑA BRAND, J. (1998) - *Direcção e gestão de projectos*. Lisboa: Lidel

PIGNATELLI, C. (2006) – *A CIPE® vai ser usada em todos os aplicativos em que haja a prática de Enfermagem – (Entrevista)*, Revista da Ordem dos Enfermeiros. 21 (Abril), p. 4 - 9

PIPE, T.; WELLIK, K.; BUCHDA, V.; HANSEN, C.; MARTYN, D. (2005) – *Implementing*

Evidence – Based Nursing Practice; MEDSURG Nursing. June. 14 (3), p. 179 – 184

PISCO, L.; RODRIGUES, J.; MINISTRO, L.; BISCAIA, J. L. (2005) – *MoniQuOr: Avaliação e Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde*; 11 de Maio, Auditório da Universidade do Minho. On line: http://www.iqs.pt, em 02-06-05

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (2003) – *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para a elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2002a) – *O Sistema de Informação de Saúde em Portugal: Situação actual e perspectivas*. On line: http://www.dgsaude.pt/Gdd/sal_13.html

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2002b) – *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2003) – *Plano Nacional de Saúde*. On line: http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. (1996) – *Focus group*. International Journal of Quality in Health Care. 8 (5), p. 499 – 504

PROPHET, C. M.; DELANEY, C. W. (1998) - *Nursing outcomes classification: Implications for Nursing Information Systems and the Computer- Based Patient Record*. Journal of nursing care quality. Gaithersburg. 12 (5), (Jun.), p. 21 - 29

PURDIE, N.; LEWIS, G. (2003) – *The Learning Needs of Older Adults*. Educational Gerontology. 29, p.129 - 149

QUIVY, R.; CAMPENHOUDI, L. (1998) – *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva

RACE, K.; HOTCH, D.; PARKER, T. (1994) – *Rehabilitation program evaluation: use of focus group to empower clients;* Evaluation Review. 18 (6), p. 730 - 740

RAMSAROOP, P.; BALL, M. (2000) – *The "Bank of Health": a model for more useful patient records*. MD Computing. 17 (4), p. 45 - 48

RANTZ, M.; ZWYGART-STAUFFACHER, M.; POPEJOY, L.; GRANDO, V.; MEHR, D.; HICKS, L.; CONN, V.; WIPKE-TEVIS, D.; PORTER, R.; BOSTICK, J.; MAAS, M. (1999) – *Nursing Home Care Quality: A Multidimensional Theoretical Model Integrating The Views of Consumers and Providers*; Journal of Nursing Care Quality. 14 (1), p. 16 – 37

REBELO, M. T. (1996) – *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais de enfermagem*. Lisboa: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências da educação, área de pedagogia na saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

RECTOR, A. (1998) – *Thesauri and formal classifications: Terminologies for people and machines*. Meth. Inf. Med. (37) 4 – 5, p. 501 - 509

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R., M. B. (2002) – *Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem*; International Journal of Qualitative Methods. 1 (2), article 5. On line http://www.ualberta.ca/~ijqm, em 22-05-03 (tradução portuguesa das autoras, 29 páginas)

RIBEIRO, L. (1995) – *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio – moral*. Lisboa: Educa Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

RICHARDSON, J.; BEDARD, M.; WEARVER, B. (2001) – *Changes in physical functioning in institutionalised older adults*; Disability and rehabilitation. 23 (15), p. 683 – 689

RIEHL – SISCA, J. (1992) – *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma

ROACH, S. (1987) – *The Human Act of Caring.* Ottawa: The Canadian Hospital Association

RODRIGUEZ, M..; COHEN, S. (2004) – Social Support. In: ANDERSON, N. - *Encyclopedia of Health & Behavior*. Thousand Oaks: SAGE Publications

ROMANO, C. A. (1988) – Preparing Nurses for the development and implementation of information systems. In PETERSON, H. E.; GERDIAN-JELGER, U. - *Preparing nurses for using information systems: recommends informatics competencies.* New York: National League for Nursing, p. 83 - 92

ROSS, D. (1998) – *Results of NAON`s nursing diagnosis survey: A contribution to nursing's minimum data set*; Orthopedic Nursing. Sep/Oct, p. 22 – 27

ROSSI MORI, A.; CONSORTI, F.; GALEAZZI, E. (1998) – *Standards to support development of terminological systems for health care telematics.* Meth. Inf. Med. 37, p. 551 - 563

ROTHMAN, K. J., GREENLAND, S. (1998) – *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott-Raven

ROY, C. (1976) – *Introduction to nursing: An adaptation model*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall

ROY, C.; ANDREWS, H. (1991) – *The Roy adaptation model: The definitive statement*. East Norwalk, CT: Appleton & Lange

RUANE, T.; BRODY, H. (1987) – *Understanding and teaching continuity of care. Journal of Medical Education*. 62, p. 969 - 974

SABA, V. K.; McCORMICK, K. A. (1996) – *Essentials of Computers for Nurses*. New York: McGraw-Hill

SACKETT, D.; STRAUS, S.; RICHARDSON, W.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. (2000) – *Evidence – based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh, 2ª Ed., Churchill Livingstone

SANTOS, A. (2004) - *Acidente vascular cerebral : qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Porto: [s. n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

SCHEELE, D. S. (2002) – Reality Construction as a Product of Delphi Interaction. In: LINSTONE, H.; TUROFF. – *The Delphi Method: Techniques and Applications*. Ed. Murray Turoff & Harold A Linstone

SCHELL-CHAPLE, H. (1998) – *The nursing outcomes classification / Nursing outcomes classification: implications for nursing information systems and computer-based patient record*. AACN Nursing Scan in Critical Care. 8 (4), (Oct-Dec.), p. 12 - 14

SCHOECH, D.; QUINN, A.; RYCRAFT, J. (2000) – *Data Mining in Child Welfare*, Child Welfare. LXXIX (5), p. 633 - 650

SENGE, P. (1990) – *The fifth discipline: The art & practice of the learning organization*. New York: Currency Doubleday

SENGE, P.; KLEINER, A.; ROBERTS, C.; ROSS, R.; ROTH, G.; SMITH, B. (1999) – *The Dance of Change*. London: Nicholas Brealey Publishing

SERMEUS, W.; DELESIE, L.; VANLANDUYT, J.; WUYTS, Y.; VANDEN BOER, G.; MANNA, M. (1994) – *The Nursing Minimum Data Set in Belgium: A basic tool for the tomorrow's healthcare management. Ministry of Public Health Environment.* Leuven*:* Centre for Health Services Research, Katholieke Universiteit

SHAMIAN, J.; NAGLE, L.; CATT, M. (1997) – Health-Related Outcomes Management: Moving Forward Standing Still. In GERDIN, U.; WAINWRIGHT, P.; TALLBERG, M. – *Nursing Informatics' 97, The Impact of Nursing Knowledge and Health Care Informatics*. Amsterdam: IOS Press, p. 99 – 104

SHYU, Y. (2000) – *The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample*. Journal of Advanced Nursing. 32 (3), p. 619 - 625

SILVA, A (2003) – Concepção de cuidados e tomada de decisão. In: *Colectânea de comunicações no 6.º Simpósio do Serviço de Enfermagem dos HUC*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, p. 77 - 87

SILVA, A. (1995) – *Registos de enfermagem: da tradição Scripto ao discurso Informo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, A. (2000) – *Classificação internacional da prática de enfermagem: estudo de implementação*. Porto: [s.n.]. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. João, para concurso de provas públicas para Professor – Coordenador na área cientifica de Ciências de Enfermagem

SILVA, A. (2001) – *Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, A. (2006) – *Participação no ICN Strategic Advisory Group permite maior domínio conceptual da CIPE.* Revista da Ordem dos Enfermeiros. 21, p. 20 - 21

SILVA, C. M. (1994) – *Estatística Aplicada à Psicologia e Ciências Sociais*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal

SILVA, M. (2000) – *Capacidade e Disposição para o pensamento crítico em enfermagem. Adaptação e validação de dois instrumentos de avaliação*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SILVA, M. C. & ROTHBART, D. (1984) – *An analysis of changing trends in philosophies of science of nursing: Theory development and testing;* Advances in Nursing Science. 6, p. 260 – 270

SIM, J. (1998) – *Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group*; Journal of Advanced Nursing. 28 (2), p. 345 – 352

SIMPSON, R. (1995) – *Ammunition in the Boardroom: The Clinical Nursing Data Set*; Nursing Management. 26 (6), p. 16 – 17

SIMPSON, R. L. (1999) - *Nursing information systems: who needs them?*. Nursing Administration Quarterly. 23 (4), (Summer), p. 94 - 96.

SLOAN, G. (1998) – *Focus group interviews: defining clinical supervision*; Nursing

Standard. 12 (42), p. 40 43

SMEDBY, O.; EKLUND, G.; ERIKSSON, E.; SMEDBY, B. (1986) – *Measures of Continuity of care: a register-based correlation study*. Medical Care. 24 (6), (Jun.), p. 511 - 518

SMITH, M. K. (2001) – *Chris Argyris: Theories of action, double-loop learning and organizational learning, the encyclopaedia of informal education*. On line: http://www.infed.org/thinkers/argyris.htm, em 22-09-2005

SOUSA, I. (2005) – *A adesão às recomendações terapêuticas nos doentes hipertensos*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P. (2005) – *O Sistema de Partilha de Informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

SOUSA, P.; GONÇALVES, P.; SILVA, A; SANTOS, A, T.; RIBEIRO, A, L.; CARDOSO, M. J.; MACHADO, P. (1999) – *Projecto EnfInCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João

SPILSBURY, K.; MEYER, J. (2001) – *Defining nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles*; Journal of Clinical Nursing. 10, p. 3 - 14

SPRADLEY, J. P. (1979) – *The ethnographic interview.* New York: Holt, Renehart and Winston

STANCLIFFE, R. (2002) – *Provision of residential services for people with intellectual disability in Australia: an international comparison*; Journal of Intellectual & Developmental disability. 27 (2), p. 117 – 124

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (1999) – *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: 4ª Ed.,Lusociência.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (1998) – *Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory.* London: SAGE Publications

STRAUSS, G.; CORBIN, J. (1990) – *Basics of Qualitative Research: Grounded theory Procedures and Techniques.* Newbury Park: Sage Publications

STUART, C. (2003) - *Assessment supervision and support in clinical practice: a guide for nurses, midwives and other health professionals*. London: Churchill Livingstone

SULLIVAN, E.; BRYE, C. (1983) – *Nursing's future: use of Delphi technique for curriculum planning*; Journal of Nursing Education. 22 (5), p. 187 - 189

TAYLOR, H. (2003) – *An exploration of the factors that affect nurses` record keeping*; British Journal of Nursing, 12 (12), p. 751 – 758

THOMAS, B. A. L.; BOND, S. (1991) – *Outcomes of nursing care: the case of primary nursing*. Int. J. Nurs. Stud. 28 (4), p. 291 - 314

THOMPSON, C. (1999) – *Qualitative research into decision making: factors for consideration in theoretical sampling*. Qualitative Health Research. 9 (6), p. 815 - 828

TIERNEY, W. (2001) – *Improving clinical decisions and outcomes with information: a review.* International Journal of Medical Informatics. 62 (1), p. 1 - 9

TIMMONS, S. (2003) – *Nurses resisting information technology*; Nursing Inquiry. 10, p. 257 – 269

TOLLEY K. A. (1995) – *Theory from practice for practice: is this reality?;* Journal of Advanced Nursing. 21, p. 184 – 190

TUROFF, M.; HILTZ, S. R. (1996) – Computer Based Delphi Process. In: ADLER, M.; ZIGLIO, E. – *Gazing into the Oracle: The Delphi Method and its Application to Social Policy and Public Health.* London: Kingsley Publishers

TURTIAINEN, A.; KINNUNEN, J.; SERMEUS, W.; NYBERG, T. (2001) – *The cross-cultural adaptation of the Belgium Nursing Minimum Data Set to Finnish nursing*. Journal of Nursing Management. 8 (5), p. 281 - 291

VASSAR, J. A.; LIN, B.; PLANCHOCK, N. (1999) - *Nursing information systems: A survey of current practices;* Topics in Health Information Management. 20 (1), p. 58 – 65

VIEIRA, S. (1981) – *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Editora Campus

VINCENZI, A. E. (1994) – *Chaos theory and some nursing considerations*, Nursing Science Quarterly. 7 (1), p. 36 – 42

VISINTAINER, M. A. (1986) – *The nature of knowledge and theory in nursing*; Journal of Nursing Scholarship. 18, p. 32 – 38

VOLRATHONGCHAI, K.; DELANEY, C. W.; PHUPHAIBUL, R. (2003) – *Nursing Minimum Data Set development and implementation in Thailand*; Journal of Advanced Nursing. 43 (6), p. 588 – 594

VON HIPPEL, E. (1994) – *Sticky information and the locus of problem-solving*. Management Science. 4, p. 429 - 439

WALKER, L. O. & AVANT, K. O. (1988) – *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Norwalk Connecticut: 2ª Ed., Appleton & Lange

WALL, E. M. (1981) – *Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome*. Journal of Family Practice. 13, p. 655 - 664

WATSON J. (1995) – *Advanced nursing practice… and what might be*; Nursing Health Care Perspective Community. 16 (2), p. 78–83

WATSON, J. (1981) – *Nursing `s scientific quest*, Nursing Outlook. 29 (1), p. 413 – 416

WATSON, J. (1995) – *Postmodernism and knowledge development in nursing*, Nursing Science Quarterly. 8 (2), p. 60 – 64

WATSON, J. (2002) – Caring and nursing science: contemporary discourse. In WATSON, J. – *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health*. New York: Springer, p. 11 – 19

WATSON, J. (2002) - *Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência

WATSON, J.; SMITH, M. C. (2002) – *Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development*; Journal of Advanced Nursing. 37 (5), p. 452 – 461

WATZLAWICK, P.; BAVELAS, J.; JACKSON, D. (1991) – *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder

WEBB, C.; KEVERN, J. (2001) – *Focus groups as a research method: a critique of some aspects of their use in nursing research*; Journal of Advanced Nursing. 33 (6), p. 798 - 805

WERLEY, H; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. (1991) – *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*; AJPH. 81 (4), p. 421 - 426

WHITTEMORE, R. (1999) – *Natural science and nursing science: where do the horizons fuse?*; Journal of Advanced Nursing. 30 (5), p. 1027 - 1033

WHO, Europe (2001) – *Second Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. Report of a WHO conference, Munich, June 2000*. Geneva: WHO

WHYTE, D. (1997) – *Family Nursing: a systematic approach to nursing work*. London: Routledge

WILKINSON, J.; RUSHMER, R.; DAVIES, H. (2004) – *Clinical governance and learning organization*; Journal of Nursing Management. 12, p. 105 – 113

WINTERS, J.; BALLOU, K. A. (2004) – *The idea of nursing science*, Journal of Advanced Nursing. 45 (5), p. 533 – 535

WONG, M.; LAM, W.; LEUNG, K.; CHENG, J. (1999) – Applying evolutionary algorithms to discovery knowledge from medical databases. In: *Proceedings IEEE Systems, Man and Cybernetics*. V, p. 936 - 942

WOODS, L. (1997) – *Conceptualising advanced nursing practice: curriculum issues to consider in the educational preparation of advanced practice nurses in the UK*; Journal of Advanced Nursing. 25, p. 820 - 828

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. (2000) – *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention.* Philadelphia: F. A. Davis

YAM, B. (2004) – From *vocation to profession: the quest for professionalization of nursing*; British Journal of Nursing. 13 (16), p. 978 - 982

YAZAK, D. (1998) – *Seamless connections: refocusing your organization to create a successful continuum of care*. Journal of Rehabilitation. 64 (2), (Apr./May /Jun.), p. 52-53

ZIELSTORFF, R., D.; McHUGH, M., L.; CLINTON, J. (1988) – *Computer Design Criteria for Systems that Support the Nursing Process.* Kansas City: American Nurses Association

ZORRINHO, C. (1995) – *Gestão da Informação* – condições para viver. IAPMEI

ZORRINHO, C. (1999) – *O mundo virtual: Cadernos de Gestão dos Sistemas e Tecnologias da Informação Henrique Marcelino, n.º 7 (Março)*. Amadora: Instituto de Informática