



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM GANHOS EM SAÚDE

Nuno Miguel Faria Araújo

PORTO

Março de 2008



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM GANHOS EM SAÚDE

Nuno Miguel Faria Araújo

PORTO

Março de 2008



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM GANHOS EM SAÚDE

Nuno Miguel Faria Araújo

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Manuela Martins

Co-Orientador: Prof. Dr. Raúl Guimarães

Parecer do Orientador: Tese apta para defesa _____

Parecer do Co-Orientador: Tese apta para defesa _____

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Mestre em Ciências Empresariais

PORTO

Março de 2008

RESUMO

Nos últimos anos, as alterações ocorridas na prestação de serviços de saúde têm afectado os papéis, as expectativas e as práticas dos grupos profissionais, sendo hoje importante potenciar a imagem que demarca a sua acção diferenciada e os seus contributos na obtenção de ganhos em saúde dirigidos à população. A reestruturação das políticas de saúde na obtenção de ganhos deve englobar e nunca prescindir destes contributos para o stock de saúde de cada indivíduo ou população. Este estudo tem como finalidade compreender alguns dos contributos dos cuidados de enfermagem na obtenção de ganhos em saúde para a população e saber se na evidência destes contributos é possível influenciar a lógica estratégica da gestão nas organizações de saúde.

A natureza triangulada de métodos para a concretização do estudo fez com que dirigíssemos seis entrevistas a peritos, sobre as quais decorreu uma análise de conteúdos seguida de uma colheita de dados pós internamento a 113 processos de doentes com três momentos de análise: um no dia da admissão o segundo no dia médio de internamento e o último no dia da alta. A análise teve por base uma grelha de observação de acordo com as variáveis em estudo e a operacionalização das actividades de enfermagem autónomas e interdependentes foi quantificada a partir dos dados do Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem.

Seguindo como orientação os objectivos e as questões de investigação concluímos que existe dependência entre as acções autónomas de enfermagem e os diferentes grupos de diagnóstico médico. Os grupos de diagnóstico respiratório e infeccioso apresentam necessidades na dependência em ajuda total em todas as acções autónomas de enfermagem. A acção autónoma onde os grupos de diagnóstico apresentam maiores níveis dependência é a higiene, e a que por grupo de diagnóstico são mais independentes é a alimentação. Podemos concluir também que a dependência nas acções autónomas de enfermagem varia pouco ao longo do internamento sendo que as horas de cuidados de enfermagem são o factor que mais influencia os custos globais por doente.

Encontramos neste estudo evidencia para algumas políticas de saúde com a indicação de alguns dados que podem suportar medidas de gestão de recursos, na medida das necessidades da população, bem como uma nítida necessidade de dar continuidade nos cuidados de enfermagem após o internamento.

ABSTRACT

During the last years, changes in Health Services have affected the role, expectations and practices of professional groups. Presently, it is very important to enhance the image that identifies its specific procedures and their contribution to obtain good results in health Care services rendered to the population.

Restructuring Health Care policies in order to obtain good results must always consider the contribution made for each individual or population health stock.

The purpose of this essay is not only to understand some of the nursing care contributions to obtain best results in Health care but also to know if these contributions can influence the strategic logic in Health Care organisations management.

Due to its triangular nature of methods, this essay had the contribution of 6 experts we interviewed during this process of contents analysis followed by the gather of information on post internment periods of 113 patients medical history under three different moments of analysis: the first one at the day of internment admission, the second one at the middle of the internment period and the last one at the day of discharge from hospital.

The analysis was based on an observation diagram established according to the variants under study. The procedures of autonomous and interdependent nursing activities were quantified according to the Classification System for Patients level of Dependency of Nursing Health Care Services.

According to the purpose and the investigation issues of this essay, we conclude that there is clear dependency between nursing autonomous procedures and the different groups of medical diagnosis. Infectious and respiratory diagnosis groups present full dependency and need total assistance from all nursing autonomous procedures. The diagnosis groups' autonomous procedures presenting a higher dependency level is Hygiene against to nourishment which proved to be the most independent. We also conclude that dependence between nursing autonomous procedures do not significantly

change during the internment period. However, time spent with Nursing Health Care Services is the main reason for the global cost increase per patient.

In this essay, we bring forward evidence to some Health Care policies supported by information that assists measures for Health Resources Management according to population needs and we clearly demonstrate the absolute need to continue with Nursing Health Care after the internment period has finished.

RESUMÉ

Au cours de ces dernières années, de nombreux changements concernant les prestations des services de santé ont affectés les pratiques quotidiennes et les perspectives des groupes de professionnels opérant dans ce terrain, sachant qu'il est aujourd'hui fondamental de véhiculer l'image d'une profession démarquée dans ses différentes actions et de mettre en valeur ses contributions dans l'amélioration des soins de santé portés envers la population. La restructuration des politiques d'amélioration de la santé doit prendre en compte ces contributions apportées pour le potentiel de santé de chaque individu ou de la population.

L'objectif de cette étude est de comprendre certains des aspects des soins infirmiers contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population, et de savoir si à travers ces contributions, il sera possible d'influencer la stratégie logique de la gestion de l'organisation des soins de santé.

La nature triangulaire de la méthodologie utilisée pour concrétiser cette étude a permis de diriger six entretiens d'expertise, au décours desquels une analyse du contenu puis un recueil des données a permis d'inclure 113 patients avec trois moments d'analyse différents : une première le jour de l'admission, la deuxième à la moitié de l'hospitalisation et une troisième le jour de la sortie. L'analyse était basée sur une grille d'observation prenant en compte les variables de l'étude, et la quantification des activités autonomes et interdépendantes aux soins infirmiers a été quantifiée à partir des données du Système de Classification des Patients par Degré de Dépendance aux Soins Infirmiers.

En fonction de ces objectifs et des questions d'investigations, nous avons conclu qu'il existait un lien entre les actions autonomes dépendantes des soins infirmiers et les différents groupes de diagnostic médical. Les groupes englobant les affections respiratoires et les infections présentent des besoins dépendant totalement des soins infirmiers dans toutes leurs actions autonomes. L'action autonome pour laquelle les groupes de diagnostics présentent le plus haut niveau de dépendance est l'hygiène, et celle pour laquelle les groupes sont plus indépendants est l'alimentation. O peut

également conclure que la dépendance des actions autonomes aux soins infirmiers varie peu au cours de l'hospitalisation, sachant que le nombre d'heures de soins infirmiers est le facteur influençant le plus le coût global dépensé pour l'hospitalisation d'un patient.

On rencontre donc dans cette étude une évidence pour la mise en place de certaines politiques de santé ayant pour objectif d'apporter des aides pouvant accepter des mesures de recours, en fonction des besoins de la population, cette étude montrant également une nette nécessité de donner une continuité des soins infirmiers même après la sortie d'hospitalisation.

A todos os Enfermeiros

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela Martins pela sua orientação, disponibilidade, pelo interesse com que recebeu este trabalho, por orientar sem restringir por ser uma referência e pela coragem motivadora com que influenciou este caminho.

Ao Professor Doutor Raúl Guimarães pela disponibilidade com que assumiu este trabalho, pela compreensão, pela orientação e pela sua simplicidade de relação.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Ave pelo apoio, pela abertura e pela disponibilidade com que recebeu esta investigação.

Ao Enfermeiro Director do Centro Hospitalar do Médio Ave pela acessibilidade, pela forma entusiasta com que apoiou a realização deste trabalho nas suas diferentes fases.

A todos aqueles que participaram e contribuíram para a sua concretização.

Aos colegas e amigos pelo o apoio e incentivo constante.

Aos meus pais e à minha irmã pelo carinho, compreensão e apoio incondicional.

À Miriam pelo incentivo, pela paciência e pela inspiração que semeia na minha vida.

“...a utopia converte-se num projecto apaixonante quando admitimos que o valor da utopia humana não está na sua realização mas no estímulo que representa para alcançarmos uma meta que ainda não atingimos.”

Ernst Bloch

ÍNDICE

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO II – A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	28
2.1. O DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR EMPRESARIAL.....	29
2.2. A GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	33
CAPÍTULO III – ENFERMAGEM E CONTRIBUTOS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	38
3.1. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	39
3.2. ENFERMAGEM: PERCURSOS PARA A AUTONOMIA	44
CAPÍTULO IV – GANHOS EM SAÚDE	50
4.1. CUIDADOS DE SAÚDE E FACTORES SOCIOECONÓMICOS	52
4.2. ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA SAÚDE	57
CAPÍTULO V – AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM SAÚDE.....	62
5.1. A GESTÃO DA INFORMAÇÃO – SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES	65
CAPÍTULO VI – PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	73
6.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	74
6.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO.....	75
6.3. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS.....	78
6.4. TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS	81
6.4.1. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	82
6.5. AMOSTRA	83
CAPÍTULO VII – ANÁLISE DE DADOS	87
7.1. ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS DAS ENTREVISTAS A PERITOS	87
7.2. ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS	118
7.2.1. ANÁLISE DAS DESPESAS POR DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	121
7.2.2. ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS POR DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	123
7.2.3. ANÁLISE DESCRITIVA DA VARIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DAS ACÇÕES DE ENFERMAGEM AO LONGO DOS DIAS DE INTERNAMENTO	126
7.2.4. ANÁLISE DESCRITIVA DA DEPENDÊNCIA NAS ACÇÕES DE ENFERMAGEM POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	137
7.2.5. RELAÇÃO ENTRE OS DIAS MÉDIOS DE INTERNAMENTO E AS HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	146
CAPÍTULO VIII – DISCUSSÃO DE DADOS	150
8.1. CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE	150
8.2. IMPLICAÇÕES DAS ACÇÕES AUTONOMAS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – UMA REALIDADE.....	161
8.2.1. RETRATO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA EM ESTUDO.....	161
8.2.2. ANÁLISE DA DEPENDÊNCIA DOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO PELAS ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM	162
8.2.3. VARIAÇÃO DAS ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM AO LONGO DOS DIAS DE INTERNAMENTO	164

<i>8.2.4. INFLUÊNCIA DAS HORAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS CUSTOS GLOBAIS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO</i>	166
<i>8.2.5. RELAÇÃO DOS DIAS DE INTERNAMENTO E DAS HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIAS DE ENFERMAGEM POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO</i>	167
9. CONCLUSÕES	169
BIBLIOGRAFIA	171
ANEXOS	183
ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA	184
ANEXO II – QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES	186
ANEXO III – AUTORIZAÇÕES AO ESTUDO	188

ÍNDICE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 2.2.1. NOVAS TENDÊNCIAS DE GESTÃO	36
DIAGRAMA 6.2.1. DESENHO DO PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO	76
DIAGRAMA 8.1.1. REPRESENTAÇÃO DE ENFERMAGEM ENQUANTO PROFISSÃO	151
DIAGRAMA 8.1.2. REPRESENTAÇÃO DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM	151
DIAGRAMA 8.1.3. REPRESENTAÇÃO DOS CONTEXTOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS	152
DIAGRAMA 8.1.4. REPRESENTAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM	152
DIAGRAMA 8.1.5. REPRESENTAÇÃO DOS FOCOS DE ENFERMAGEM AUTÓNOMOS	153
DIAGRAMA 8.1.6. REPRESENTAÇÃO DO CONCEITO GANHOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS.....	154
DIAGRAMA 8.1.7. REPRESENTAÇÃO DOS CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA GANHOS EM SAÚDE	155
DIAGRAMA 8.1.8. REPRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS SUGERIDAS PELOS ENFERMEIROS NA MEDIÇÃO DE GANHOS EM SAUDE.....	156
DIAGRAMA 8.1.9. REPRESENTAÇÃO DOS INDICADORES DE ENFERMAGEM.....	157
DIAGRAMA 8.1.10. REPRESENTAÇÃO DAS DIFICULDADES EM MEDIR GANHOS EM SAÚDE NA ENFERMAGEM	158
DIAGRAMA 8.1.11. REPRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO EM SAUDE..	159
DIAGRAMA 8.1.12. REPRESENTAÇÃO DOS GANHOS DE PROMOÇÃO EM SAUDE	160

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 6.5.1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÊNERO E POR CLASSES DE IDADE	85
GRÁFICO 7.2.1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE A GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	119
GRÁFICO 7.2.3.1 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA HIGIENE AO LONGO DO INTERNAMENTO	127
GRÁFICO 7.2.3.3 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA MOVIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO	129
GRÁFICO 7.2.3.4 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA ELIMINAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO	130
GRÁFICO 7.2.3.5 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ACTIVIDADES ESPECIAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO	131
GRÁFICO 7.2.3.6 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA TERAPÊUTICA AO LONGO DO INTERNAMENTO	133
GRÁFICO 7.2.3.7 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NOS TRATAMENTOS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	134
GRÁFICO 7.2.3.8 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	135
GRÁFICO 7.2.3.9 – VARIAÇÃO DA AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	136
GRÁFICO 7.2.5.1. RELAÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE INTERNAMENTO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	147
GRÁFICO 7.2.5.2. RELAÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE HORAS TOTAIS NECESSÁRIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	148

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 6.5.1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE E GÊNERO.....	85
QUADRO 6.5.2. VARIAÇÃO DA AMOSTRA NA IDADE	86
QUADRO 7.2.1. TESTE DA NORMALIDADE DA AMOSTRA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV	120
QUADRO 7.2.1.1 – ANÁLISE DAS DESPESAS MÉDIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	121
QUADRO 7.2.1.2 – ANÁLISE DE VARIÂNCIA DAS DESPESAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO	122
QUADRO 7.2.2.1 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO RESPIRATÓRIO	123
QUADRO 7.2.2.2 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	123
QUADRO 7.2.2.3 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO OUTROS	124
QUADRO 7.2.2.4 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO DIGESTIVO	124
QUADRO 7.2.2.5 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO VASCULAR.....	125
QUADRO 7.2.2.6 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO INFECCIOSO	125
QUADRO 7.2.2.7 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO ORTOPÉDICO.....	125
QUADRO 7.2.3.1 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE HIGIENE AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	128
QUADRO 7.2.3.2 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ALIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	129
QUADRO 7.2.3.3 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	130
QUADRO 7.2.3.4 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ELIMINAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	131

QUADRO 7.2.3.5 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ACTIVIDADES ESPECIAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	132
QUADRO 7.2.3.6 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE TERAPÊUTICA AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	133
QUADRO 7.2.3.7 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA EM TRATAMENTOS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	135
QUADRO 7.2.3.8 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	136
QUADRO 7.2.3.9 – DISTRIBUIÇÃO NA AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS AO LONGO DO INTERNAMENTO.....	137
QUADRO 7.2.4.1 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE HIGIENE POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	138
QUADRO 7.2.4.2 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	139
QUADRO 7.2.4.3 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	140
QUADRO 7.2.4.4 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ELIMINAÇÃO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	141
QUADRO 7.2.4.5. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ACTIVIDADES ESPECIAIS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	142
QUADRO 7.2.4.6. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE TERAPEUTICA POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	143
QUADRO 7.2.4.7 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE TRATAMENTOS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	144
QUADRO 7.2.4.8. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA NA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	145

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 6.3.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	79
TABELA 6.3.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES	80
TABELA 7.1.1 A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	88
TABELA 7.1.2. CONTEXTO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS.....	89
TABELA 7.1.3. ÁREAS DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM	89
TABELA 7.1.4. ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM	91
TABELA 7.1.5. FOCOS DE ENFERMAGEM AUTÓNOMOS	97
TABELA 7.1.6. CONCEITO DE GANHOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS	102
TABELA 7.1.7. CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA GANHOS EM SAUDE	103
TABELA 7.1.8. ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM DE MEDIÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE NA ENFERMAGEM	108
TABELA 7.1.9. INDICADORES DE ENFERMAGEM.....	111
TABELA 7.1.10. DIFICULDADES EM MEDIR DOS GANHOS EM SAÚDE NA ENFERMAGEM	112
TABELA 7.1.11. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA PROMOÇÃO DA SAUDE	114
TABELA 7.1.12. GANHOS COM A PROMOÇÃO EM SAÚDE.....	116
TABELA 7.2.5.1 – ANÁLISE DOS DIAS MÉDIOS DE INTERNAMENTO E HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	146
TABELA 7.2.5.2. ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE INTERNAMENTO E AS HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO.....	148

ABREVIATURAS

ACS – Alto Comissariado da Saúde

DDSG – Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e Gestão

EUA – Estados Unidos da América

GDHs – Grupos de Diagnóstico Homogéneos

HCN – Horas de Cuidados Necessárias

HCN/DI – Horas de Cuidados Necessários por Dia de Internamento

HCP – Horas de Cuidados Prestados

HED – Horas de Enfermagem Disponíveis

IGIF – Instituto de Gestão e Informação Financeira da Saúde

KS – Teste de Kolmogorov Smirnov

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

SCD/E – Sistemas de Classificação de Doentes de Enfermagem

SIGSS – Sistemas de Informação para Gestão dos Serviços de Saúde

SNG – Sonda NasoGástrica

USF – Unidades de Saúde Familiar

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são parte integrante de um sistema social onde a adequação das respostas em termos de saúde às expectativas da população é um objectivo complexo só realizável com a participação de todos aqueles que se preocupam com o futuro das organizações e das práticas de saúde, numa altura em que as referências à tecnologia e à economia podem deixar na sombra o sentido e a finalidade das acções empreendidas (Honoré, 2000). Esta realidade é também assumida por Dunlop e Martins (1995) que consideram os cuidados de saúde como parte integrante do sistema social compreendendo uma importância de referência no sector económico. A vertente económica pode ser entendida como o estudo da afectação de recursos escassos susceptíveis de usos alternativos a necessidades virtualmente ilimitadas (Pereira, 1993). A moderna necessidade de pensar os problemas e soluções nos diferentes contextos, mercados e agentes que co-existem na saúde, enfatizam este conceito emergente da economia da saúde (Barros, 2006). As propostas de reforma preconizam que a gestão e a utilização dos recursos disponíveis deve ser conduzida de modo mais rigoroso e racional, assegurando a equidade, evitando desperdícios e promovendo a utilização correcta dos serviços (Ferreira, 2005).

A forte influência do pensamento económico nas várias reformas da administração pública foi motivada por problemas financeiros dos governos, pelas necessidades de reduzir o gasto público, pela incapacidade de reconduzir uma administração ineficiente e consumidora, pelo descrédito dos serviços públicos e pelas expectativas da população em relação à sua qualidade (Pollitt et al, 2000 citado por Escoval, 2003).

Assumindo estes pressupostos é cada vez mais justificada a necessidade de uma perspectiva de gestão económica que introduza mecanismos de mercado que assegurem a viabilidade económica e financeira e permitam o confronto com os riscos e perspectivas inovadoras não centralizadas em regras normativas, convencionais e descontextualizadas da realidade única de cada situação. Neste âmbito tem sido sugerido a introdução de estímulos à iniciativa, à responsabilização e à produtividade que minimizem os gastos e promovam acções e realidades com base na qualidade eficaz.

Considerando a abrangência de assuntos incluídos nesta visão integradora da gestão em saúde, tendo por base o diagrama de Williams das redes de relações económicas em saúde, Barros (2006) assume que a saúde é influenciada pela educação, por padrões de consumo e pelo rendimento das populações. Para a compreender temos que avaliar o seu valor, os seus atributos, o valor da vida através de índices de saúde e escalas de utilidade. A procura de cuidados de saúde nesta rede de relações económicas é influenciada pelos mesmos factores descritos anteriormente, condicionadores da saúde das populações. Na procura de cuidados as barreiras ao seu acesso como o preço, tempo, as relações de agência e diferentes tipos de necessidades podem também condicioná-la. A oferta de cuidados de saúde assume relações pouco comuns noutros sectores pois os profissionais muitas vezes são fornecedores e agentes num mesmo serviço, dependendo esta oferta de tecnologias alternativas e custos de produção, remunerações e incentivos. A interação entre a procura e a oferta gera equilíbrios ou desequilíbrios de mercado como preços monetários e os não monetários, listas de espera e o racionamento. Nesta rede de relações económicas em saúde, segundo o autor, a sua compreensão engloba também efeitos de avaliação de desempenho do sistema com análises de custo-benefício e custo-efectividade a nível dos tratamentos e uma avaliação de processo, no planeamento, orçamento, regulação de incentivos e estruturas.

As novas reformas passam por adaptar e perceber estes conceitos de gestão conferindo às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor perspectivando-se que a resolução dos vários problemas depende do empenhamento e competência dos profissionais e na qualidade dos seus cuidados.

A este crescimento da importância económica global na saúde tem correspondido uma maior atenção política e da população. Em resposta a actuação política tem incentivado o sector privado, seguros de saúde, gestão de serviços públicos por entidades privadas e lógicas de unidades de prestação de cuidados muito próximas da gestão empresarial (Barros, 2006). De facto a importância das listas de espera, o excesso de urgência, a insatisfação dos profissionais, o crescimento da despesa, o aparecimento de necessidades diferentes com grupos de risco identificados são modificações que exigem um planeamento de intervenção ajustado e globalmente integrador das respostas mais

eficazes numa lógica de eficácia e eficiência. Porém neste sector a inexistência de mercados que permitam perceber a afectação eficiente de recursos leva à necessidade de análises de custo-benefício na análise aos vários elementos influenciadores da estrutura organizacional.

A abordagem aos profissionais de saúde que prestam e procuram desenvolver cuidados de qualidade deve ser, para quem gere estes recursos, um desafio reflectido, uma prioridade na perspectiva de assegurar ganhos em saúde para a população. Os Recursos Humanos são, cada vez mais, o principal capital com que uma organização, seja ela de índole empresarial ou não, pode e deve contar. Não há tecnologia que faça milagres, nem investimento que sobreviva, se os colaboradores da organização não forem os mais adequados em função do ganho final pretendido.

A enfermagem enquanto profissão autónoma que intervém no campo da saúde depara-se com esta situação que se caracteriza pela transformação acelerada e profunda a vários níveis da realidade social, o que a tem obrigado a uma constante recriação do seu agir profissional. A Organização Mundial de Saúde (OMS), (1993) define a missão, as premissas e as vertentes da intervenção autónoma de Enfermagem, no contexto do cuidar como o apoio e a ajuda ao indivíduo, família e grupos na determinação, manutenção, promoção, prevenção, planeamento e readaptação do seu potencial físico, mental e social, inserido no meio em que vive numa perspectiva de independência e autodeterminação.

A enfermagem regista uma complexidade e evolução no seu exercício que torna imperioso reconhecer o papel dos seus profissionais no âmbito da saúde, na qualidade e eficácia dos cuidados que oferecem. Tem vindo a afirmar-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio; esta toma por objecto de estudo, não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pela pessoa, família e grupos, ao longo do ciclo de vida. Ou seja, espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do aumento do repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação e auto controlo.

Os enfermeiros actuam em áreas de prestação de cuidados, da gestão e da investigação. A sua autonomia reflecte-se na obrigação profissional e nos compromissos sociais que assumem. A sua educação requer que se desenvolva um conjunto de competências especializadas, que se justificam pelos novos contextos de saúde/doença, pela evolução tecnológica, pelos avanços recorrentes da evidência e pela qualidade requerida dos cuidados de saúde.

Os responsáveis pela regulamentação da profissão têm trabalhado neste sentido e incide-se agora na construção de áreas de especialização em enfermagem pela evidente pertinência social e científica, como forma de promover e assegurar a qualidade e a diversidade de cuidados de enfermagem a que os cidadãos legitimamente aspiram. Contudo, na perspectiva dos cuidados à pessoa “*holística*”, as acções que lhe são dirigidas são hoje um todo constituído por diferentes áreas das ciências da saúde, equipas de gestão e financiamentos, com desafios e orientações por vezes distintos. Interessa para um melhor serviço à população definir estratégias e recursos que delimitem os objectivos e metas que cada um pretende em conjunto atingir.

A importância da relação entre os limites e competências de cada um destes profissionais no contexto da saúde deve enumerar os ganhos da acção destes junto ao doente. A acção dos enfermeiros junto à pessoa que requer cuidados “ (...) *é o factor central de promoção de potenciais falhas de qualidade e impacto sobre a qualidade de vida do doente dos serviços de saúde.*” (Moreira, 2007:45).

A acção de enfermagem significa uma monitorização constante da pessoa que pode traduzir e evitar perdas, complicações nos tratamentos, aumento do número de dias de internamento e número de reinternamentos, riscos de infecções, hábitos de vida desajustados e aspectos do dia-a-dia que condicionam o bem-estar, recuperação, reabilitação e manutenção do equilíbrio da população.

A medida das intervenções autónomas de enfermagem no contexto multidisciplinar aparece englobada numa mescla de intervenções que visam promover o bem-estar da pessoa. Contudo parece necessário perceber se nesta contribuição global existe espaço

para intervenções autónomas que traduzam para a gestão evidência, de forma a orientar o investimento nas áreas que melhor informação e ganhos produzam

Hoje, nas estruturas organizacionais, assistimos a uma modificação da realidade social com diferentes vínculos de trabalho, necessidades de actualização profissional, novos contratos de valores nas relações de parceria, assumindo cada vez maior importância o estudo das contribuições resultantes do empenhamento dos profissionais na obtenção de comportamentos e acções positivas na sua produtividade.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a compreensão das necessidades de racionalização dos cuidados de enfermagem ao longo do internamento hospitalar, fazendo incidir a problemática da investigação na influência de algumas características destes cuidados para a obtenção de ganhos em saúde pela população. Em síntese pretende-se com este estudo compreender se na evidência dos contributos implícitos das acções de enfermagem é possível influenciar a lógica estratégica da gestão, nas organizações de saúde, na perspectiva de ganhos para a população.

A globalização e o aumento da concorrência tem potenciado ao nível das organizações processos de mudança e de reestruturação envolvendo os diferentes profissionais e contribuído para a descentralização e horizontalidade das diferentes estruturas organizacionais (Ferreira, 2005). Neste sentido estratégico o papel e as contribuições isoladas destes grupos profissionais, podem influenciar as estruturas que sobre eles decidem, na triagem de necessidades e opções de contratualização numa perspectiva de benefício organizacional. Na sequência desta reflexão teórica de repercussões perceptíveis da prática de cuidados em organizações com gestão empresarial mas de missão institucional de saúde, surge a questão motivadora deste trabalho, na perspectiva de contribuir para a racionalização dos cuidados de enfermagem ao longo do internamento hospitalar.

Quais os contributos das intervenções autónomas em enfermagem para a assistência hospitalar?

Um problema será relevante em termos científicos na medida em que pode conduzir à obtenção de novos conhecimentos (Gil, 1999). Na formulação desta questão foram considerados os critérios definidos por Quivy e Campenhoudt (2003), a clareza, precisa e concisa, a exequibilidade, realista, adequada aos recursos pessoais, materiais e técnicos e a pertinência ou seja abordar o real em termos de análise, e não de julgamento.

Sem querer esgotar a problemática e a globalidade dos sistemas de saúde nas suas exigências sociais, esperamos poder contribuir, numa perspectiva de alargar a compreensão da realidade, para o desenvolvimento de opções estratégicas que envolvam e reconheçam os enfermeiros e os ganhos das suas acções para a saúde das populações. A identidade profissional e a imagem social constrói-se na intersecção de dois planos: o plano dos profissionais que se auto-reconhecem no desempenho das suas actividades e o plano do reconhecimento desse papel por parte dos outros que com eles se relacionam. Os resultados poderão ser uma base de trabalho futura na medida em que poderão permitir mais uma análise neste caminho de reformas e reestruturação da saúde.

Nos primeiros quatro capítulos deste trabalho pretende-se delimitar o enquadramento teórico e conceptual do estudo. No Capítulo II aborda-se a necessidade de reestruturação das organizações de saúde de onde emerge a necessidade de adequação e adaptação do modelo empresarial à saúde. No Capítulo III enquadra-se a evolução de enfermagem e sugerem-se caminhos e perspectivas para uma evolução necessária nesta profissão que cuida. O Capítulo IV assume o enquadramento do conceito “ganhos em saúde”, e no Capítulo V pretende-se perceber as implicações e procedimentos para uma avaliação económica em saúde. O Capítulo VI apresenta o modelo de pesquisa onde se definem as estratégias metodológicas adoptadas de forma a atingir os objectivos delineados. No capítulo VII apresenta-se a análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos e no Capítulo VIII são discutidos os resultados obtidos. No Capítulo IX apresentam-se as principais conclusões do estudo, os contributos para o conhecimento e ainda algumas considerações resultantes deste trabalho. Apresenta-se ainda uma lista bibliográfica e em anexo os instrumentos utilizados na recolha de dados bem como outras informações que consideramos importantes a constar no referido trabalho.

As questões de saúde e as suas políticas têm agitado e impulsionado muitas vezes a sociedade portuguesa nas suas questões sociais e mediáticas, contribuindo para uma sociedade integradora, justa e em rigor para uma maior qualidade na saúde das suas populações.

CAPÍTULO II – A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Os sistemas de saúde são parte integrante da rede social, condicionados por todas as políticas culturais, económicas e tecnológicas. A sua compreensão na perspectiva de evolução e planeamento de novas mudanças pressupõe o múltiplo reconhecimento de todas as variáveis externas e internas pelo que o poderemos considerar um mesossistema.

Luís Graça (1996) citando Steudler refere que *“Hoje, talvez mais do que nunca a saúde tornou-se um decisivo enjeu económico, político e social e o hospital (ou talvez melhor, o sistema de saúde como um todo) um lugar privilegiado para observar as próprias mudanças operadas nas sociedades modernas”*. Este imperativo social e político estabelece uma adequação das respostas em saúde às expectativas da população sendo segundo Escoval (2003), um objectivo complexo uma vez que uma melhor resposta em termos de saúde significa equidade no acesso a esses cuidados. Este conceito engloba uma dimensão ética e social indissociável segundo a autora de qualquer garante na contribuição financeira para este sistema.

Nos últimos anos assistimos a profundas crises financeiras decorrentes também do crescimento da despesa social. Saltman (2000) citado por Escoval (2003) considera que de forma a tentar conter esta despesa e a tornar os utilizadores dos serviços públicos mais responsáveis, têm sido introduzidas regras do sector empresarial na distribuição de recursos públicos. Na procura de soluções mais racionais face a problemas financeiros, gastos públicos, ineficiência e descrédito das organizações e expectativas de qualidade, a Administração Pública tem sido fortemente influenciada pelo pensamento económico.

Na redefinição dos sistemas públicos a saúde começa a preencher a conceptualização das suas reformas com base nesta perspectiva de assegurar um controlo orçamental na procura da melhor qualidade com base num modelo empresarial discutido mas com eventuais métodos fundamentais para as preferências dos consumidores.

Nesta reengenharia do sistema porém, *“...importa pôr em causa..., as regras do jogo, dos métodos e das técnicas a aplicar, para que a Administração Pública se inove,*

aligeirando as suas estruturas..., adequando os recursos de que dispõe às responsabilidades, para fazer face ao crescente poder dos cidadãos.” Escoval (2003:13). Importa também considerar para uma análise organizacional ou psicossociológica dum sistema de saúde, o contexto histórico, pois estes sistemas tendem a ser considerados naturalmente transitórios e adaptados a cada momento, no que se refere às alterações ocorridas nos valores sociais, nas estruturas sócio-demográficas e de matriz epidemiológica, nos avanços da tecnologia e na facilidade de divulgação de informação (Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998).

Hoje, estas constantes alterações e modificações nos custos e nas despesas de saúde, os desenvolvimentos científicos e tecnológicos e a procura da qualidade condicionam políticas de eficiência e eficácia de cuidados que favorecem o desenvolvimento de novos modelos de autonomia e responsabilização para a gestão hospitalar.

Com efeito, o OPSS (2003), refere que Portugal sofreu inúmeras transformações recentes e nos últimos 30 anos assistimos a um empenho de todos para melhorar a saúde e os serviços de saúde com incentivo às novas políticas de empresarialização na gestão destas organizações.

2.1.O DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR EMPRESARIAL

No período pós-guerra o desenvolvimento económico e social originou um investimento e desenvolvimento acentuado na melhoria da qualidade de vida das populações mas, segundo Santos (1999), só a partir de 1960 este desenvolvimento se reflectiu nos sistemas de saúde devido à evolução do conhecimento e da técnica.

Com o Decreto de Lei nº 48357, de 27 de Abril de 1968, conhecido por estatuto hospitalar, são ponderados alguns destes novos aspectos adequados à evolução da saúde tais como financiamento, renovação de instalações, reequipamento, cooperação, autonomia administrativa e financeira e garantia de estabilidade e carreira aos trabalhadores. O estatuto hospitalar estabelece as directivas do planeamento da

distribuição nacional destas organizações e introduz o princípio da responsabilidade hospitalar pelos resultados.

Ferreira (2005) considera que após a criação em 1979 do serviço nacional de saúde se pretendeu evidenciar uma perspectiva de democratização, num processo de expansão do sistema de protecção social. Porém a preocupação com racionalização de recursos, avaliação e qualidade implicou mudanças no paradigma social e económico destas organizações. O OPSS (2003) considera que estas tentativas de controlo de custos a par de um incentivo à qualidade e satisfação dos utentes devem incluir a introdução de mecanismos de competição público/privado, perseguindo a necessidade de redução do peso do Estado e adopção de modelos de gestão empresarial desburocratizada e descentralizada.

Estas alterações, de acordo com o Ministério da Saúde (1999), conduzem-nos para um novo modelo de hospitais que devem respeitar valores e princípios bases da essência desta organização.

O conceito de “Hospital” reformulou-se como consequência da necessidade de sobrevivência de um sistema onde os custos da assistência são exponenciais e os orçamentos projectam uma ambiguidade desproporcional. Este novo paradigma sugere que os hospitais se devem transformar em empresas auto-suficientes do ponto de vista económico agrupando programas possíveis de qualidade estratégica, planeamento, reengenharia de processos pela necessidade da confiabilidade social e das crescentes expectativas das pessoas que a eles recorrem (Londoño, 2003).

Vaz (2000) considera que é pacífico nos nossos dias assumir o hospital como uma empresa ao qual se devem aplicar todos os princípios correctivos de funcionamento e avaliação comuns no sector empresarial. Uma empresa, segundo o autor, é uma organização produtiva de bens e serviços com um objectivo único de desenvolvimento e manutenção de sucesso. Questionamos então se os resultados de sucesso no hospital se situam nas curas, na mobilidade, na mortalidade ou na satisfação do cliente?

Considerando-o segundo uma perspectiva de organização, Carapinheiro (1993) refere que no seu funcionamento, nas suas relações internas e na definição das suas orientações da eficiência produtiva, espelha as orientações políticas gerais e sua relação com o poder social, sendo um lugar de mediação entre estes dois poderes. Refere ainda que é necessário ter em atenção que tal como não domina esta lógica político-ideológica também a medida de uma autonomia total não encaixa a este nível. Numa lógica organizacional a autora aborda-o como um sistema próprio de normas e valores sociais, que se adapta às mudanças políticas e económicas conservando uma importante margem de decisão sobre políticas médicas a que correspondem processos específicos e produção e reprodução de resultados.

O hospital representa um universo de características particulares paradoxais e diferentes, é uma organização extraordinariamente complexa por natureza Vaz (2000). Quando consideramos este universo como uma organização estamos a idealizar um sistema de acção interno, uma unidade social intencionalmente construída e reconstruída a fim de atingir objectivos específicos (Graça, 1996). Bilhim, (2001) identifica as organizações como sendo entidades sociais, devidamente coordenadas, com fronteiras delimitadas, para que se possam alcançar objectivos comuns, constituídos por grupos de pessoas que estabelecem relações de cooperação e coordenação numa estrutura hierárquica formal bem definida. De acordo com o mesmo autor há três características a considerar na estrutura organizacional: a **complexidade**, ou seja, os graus de especialização, a divisão do trabalho, os níveis hierárquicos; a **formalização**, que inclui as regras, normas e comportamentos que cada elemento deve adoptar e a **centralização**, que aponta o lugar onde está localizado o poder de decisão.

Graça (1996), assume igualmente algumas destas características organizacionais na instituição hospital, embora com algumas referências muito próprias em muito relacionadas com a missão ou finalidade deste, o sistema de poder e de autoridade, o sistema de organização de trabalho, e a própria cultura organizacional.

O hospital é uma empresa produtora de serviços muito diferenciados que exige e oferece uma mão-de-obra igualmente especializada, e é também de acordo com essas características organizacionais mencionadas, baseado numa matriz profissional em que,

segundo Vaz (2000), os processos de especialização o podem distinguir de uma comum organização e os domínios de saberes asseguram uma compartimentação entre técnicos e gestores que pode muitas vezes criar lutas de poder estranha à missão racional dos seus processos e serviços.

As organizações permitem-nos satisfazer as mais variadas necessidades, sejam elas de natureza emocional, espiritual, intelectual, económica (Chiavenato, 1995). Elas existem para nos ajudar a alcançar objectivos que cada um isoladamente não conseguiria.

Contudo o que é novo neste conceito de empresarialização não é propriamente a organização hospitalar mas a função hospitalar. Sendo uma organização/empresa houve uma ruptura conceptual com a prestação e assistência para um cliché/norma de produção de cuidados de saúde, houve uma evolução da vertente caritativa primordial de hospitalidade para a prestação de serviços, evolução da semântica que hoje deve constar na definição mais correcta e linear de hospital (Graça, 1996).

Hoje o hospital não é mais um sistema isolado no sistema de saúde, emergindo num sistema de cuidados integrados que existe para prover as necessidades de saúde da população. Esta mudança num paradigma de modernidade ilustra um conceito mais dinâmico, flexível e responsabilizante, em ruptura com a total disfunção da alimentação financeira e da regulação de objectivos estratégicos no que respeita a processos de eficiência interna do passado. A introdução de modelos de concorrência constitui uma alteração essencial para a actividade e gestão dos hospitais com potencialidades indiscutíveis Vaz (2000). O hospital terá que funcionar como uma organização aberta atenta à sua dinâmica interna e às solicitações que a comunidade exerce, influenciando a população como promotor de atitudes e comportamentos saudáveis (Candoso e Escoval, 2000).

Da realidade social emergem avanços em áreas distintas da comunicação, informação, tecnologias, segurança e expectativas de vida individuais que exigem uma gestão ajustada dos recursos aos propósitos da qualidade que condiciona a reengenharia de processos e políticas de gestão, num mercado de prestação de serviços com múltiplas

ofertas, em que os determinantes de selecção não podem ser outros que não a qualidade do serviço, a pesquisa, a retro alimentação e a visão do futuro (Londoño, 2003).

De uma forma muito redundante estamos perante uma inequívoca certeza de que perante esta realidade cada vez mais emergente exige-se estratégias e equipas de gestão adaptadas e adequadas às circunstâncias hospitalares, de forma a atingir os objectivos na prossecução da missão de cada organização de acordo com os princípios e pressupostos que estabeleçam (Vaz, 2000).

2.2. A GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) previu a realização de experiências inovadoras de gestão. As inovações na gestão das organizações de saúde “...enquadram-se na política e estratégias definidas para a saúde, permitindo aumentar a racionalidade interna, melhorando a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, aumentar o acesso e a articulação entre as instituições prestadoras de cuidados e aumentar a satisfação dos utentes e profissionais.” (Ferreira, 2005:92). O OPSS (2003), defende que estas novas estratégias visam promover uma melhor gestão de meios centrados no doente, prevendo uma melhoria sustentada da prestação de cuidados e consequentes ganhos em saúde. As directivas que derivam desta perspectiva inovadora na saúde adoptam um perfil cuja natureza envolve estabelecimentos públicos com personalidades jurídicas, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. O financiamento destas instituições passa a compreender e depender dos resultados obtidos, emergindo um modelo de contratação e financiamento das prestações de saúde. Prevê-se contratos individuais de trabalho, com novos sistemas de remuneração profissional relacionado com a avaliação do desempenho com atribuição de incentivos, numa perspectiva de organizações e sistemas de prestação de cuidados mais flexíveis e eficientes (Ferreira, 2005).

São conhecidos por todos os fracos níveis de desempenho que caracterizam as organizações hospitalares, não comprometendo estas palavras a competência dos

recursos que nelas desenvolvem a sua actividade. Esta questão reside em aspectos intrínsecos a algumas características da organização hospital complexos e com múltiplas causas. Neste contexto podemos destacar alguns desses aspectos que vinculam a construção desta imagem: muitos hospitais não possuem visão nem planos estratégicos; não existem sistemas de informação nem mecanismos de avaliação da sua performance; as direcções e as chefias não assumem plenamente os poderes e responsabilidades; não são tomadas medidas efectivas de combate à ineficiência e de incremento à produtividade; desmotivação e falta de empenho dos seus profissionais; ausência de reconhecimento e baixa auto-estima profissional por ausência de participação na gestão e organização dos serviços; ausência de mecanismos de compensação face ao desempenho; estrutura salarial e desenvolvimento de carreiras pouco aliciantes traduzidas por baixo nível de realização profissional; défice de comunicação e informação entre recursos (Ferro, 2000).

Importa contrariar estas tendências da organização e promover a envolvimento das suas estruturas revitalizando e capacitando as suas infra-estruturas e os seus serviços para uma resposta rápida e adequada à realidade, simplificar os circuitos internos de informação desenvolvendo sistemas credíveis e rigorosos, aperfeiçoar e permitir complementaridades e articulações de serviços, incentivar diálogos de concertação e apoiar o processo de inovação e implementação de novas formas organizacionais com modelos de gestão coerentes com esta visão real e actual que se exige (Escoval e Cadoso, 2000).

“A gestão é um conjunto variável de instrumentos técnicos e de tecnologias utilizadas para garantir o sucesso das organizações...” (Vaz, 2000:23). O mesmo autor considera que o que caracteriza uma boa ou má gestão, não está tanto relacionado com a qualidade destas técnicas, instrumentos, e tecnologias mas sim com a adequação destas ao cumprimento da missão, à prossecução dos objectivos considerando as características e contingências do ambiente que move esta organização: *“...não existe, nenhum paradigma apodíctico de gestão...”* (Vaz, 2000:23). A avaliação que se faz de um modelo de gestão deve reduzir-se ao momento e à organização em que tal avaliação é feita. O que pode comprometer o sucesso de um modelo é a sua implementação defeituosa ou a sua desadequação à situação concreta.

Então como adequar e adaptar o modelo de gestão às organizações?

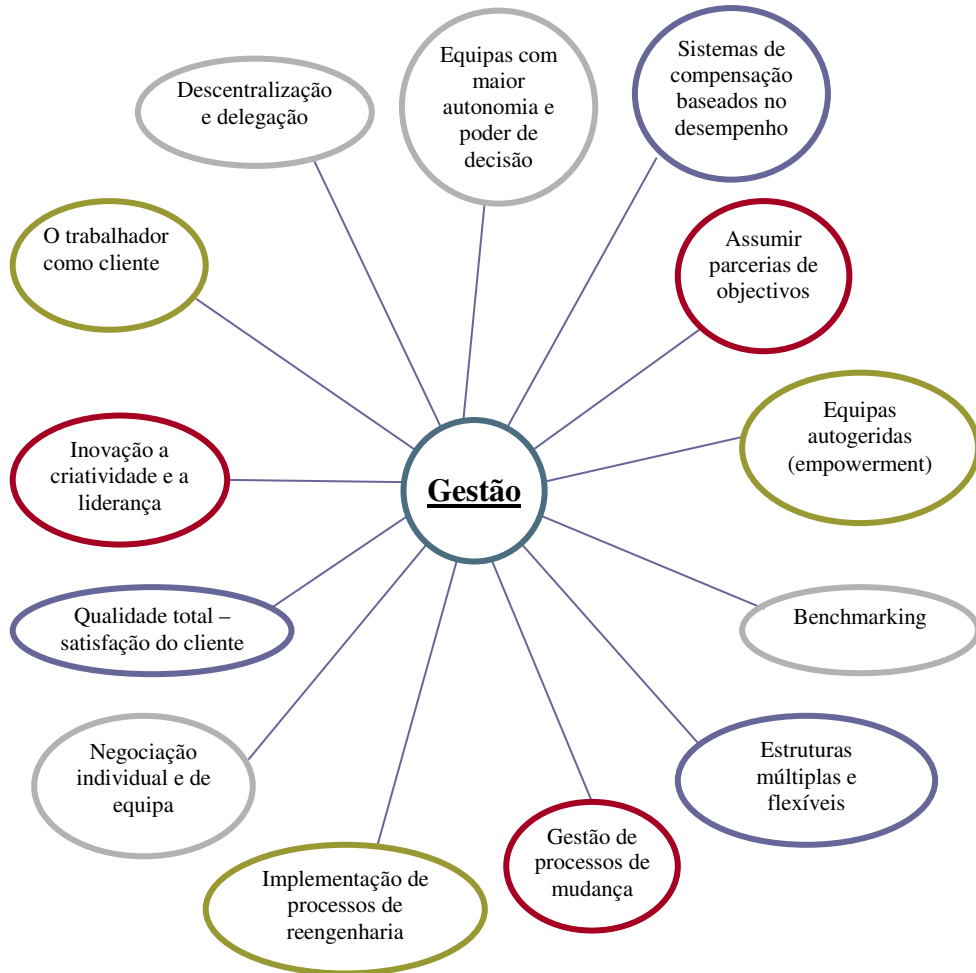
Ao longo do tempo a perspectiva que orientou esta gestão foi modificada e adaptada a contextos específicos sendo vários os modelos que orientaram a sua dinâmica um pouco de acordo com a finalidade considerada. O início do séc. XX foi dominado pelos princípios das **escolas clássicas**. Com Taylor, os processos de trabalho eram desenhados com a finalidade do aumento de produtividade, sendo os profissionais autónomos numa cadeia de produção. Fayol, também ele da escola clássica, considera que a gestão deveria englobar diferentes áreas funcionais com fases distintas: prever, planear, organizar, comandar, coordenar e controlar, sendo que na base da organização estava a autoridade, disciplina, obediência e hierarquia. Em oposição a esta visão clássica, nos anos cinquenta, surge a **escola das relações humanas**. Com os estudos de Elton Mayo emerge a importância dos factores afectivo – emocionais no desempenho económico. Autores como Maslow, Herzberg e McGregor destacam a importância da satisfação das necessidades sociais, para além das básicas. Os seus estudos incidem no desenvolvimento da auto-estima da auto-realização, da motivação, da responsabilização, da autonomia, do reconhecimento e da recompensa.

A **teoria da gestão por objectivos** (Peter Drucker, 1954), dominou os princípios da gestão até cerca dos anos oitenta. A partir dos anos setenta novas correntes de gestão como a **teoria da liderança** (McGregor, 1978), a **teoria da qualidade total** (Deming e Juran, 1980), a **competitividade** (M. Porter, 1980), o **conceito de Excelência** (Tom Peters, 1982), e a **reengenharia** (Champy e Hammer, 1993), são exemplos de conceitos que na gestão das organizações foram assumindo um papel essencial com reflexos muito importantes na questão da gestão dos recursos humanos (Ferro, 2000).

Estas mudanças teóricas e práticas numa realidade muito recente afectaram a imprevisibilidade organizacional implicando os processos nos seus diferentes níveis, devendo as personagens de gestão considerar os benefícios de todas estas correntes e instrumentos, e adequa-los à sua realidade e aos seus objectivos.

Na sequência desta constatação, Ferro (2000) considera que as novas tendências de gestão de organizações de saúde devem englobar os seguintes aspectos:

DIAGRAMA 2.2.1. NOVAS TENDÊNCIAS DE GESTÃO



Adaptado de Ferro (2000)

Para Mezomo (2001), a administração de uma organização deve liderar o processo de procura de excelência, num processo global que visa a eficácia e a eficiência, sendo que uma gestão estratégica implica a análise interna dos seus recursos e das suas competências, bem como a análise das dinâmicas da envolvente externa. Os aspectos enumerados são desta forma essenciais para pensar a realidade das organizações de saúde envolvendo a colaboração de todos os recursos numa perspectiva de oferecer e prestar melhores serviços. Contudo, certos deste contributo, a melhoria da eficiência e da organização da prestação de cuidados exige maior enfoque ao nível da gestão dos

recursos humanos constituindo estes o activo mais valioso de uma organização. É através das pessoas e com as pessoas que as transformações nas organizações poderão fazer sucesso. Bilhim (2004), considera que existe uma pressão para a redução dos custos, de modo a adquirir vantagens competitivas, o que implica reinventar novos estilos de gestão mas sugere que a vantagem competitiva de uma organização consiste em colocar as pessoas no centro da organização. O sistema de pessoal tende a ser instrumentalizado no sentido de valores económicos relacionados com a eficácia e eficiência, contrastando com valores essenciais de equidade e neutralidade. Em comparação com esta posição encontramos muitas vezes nos serviços profissionais, desmotivados e apáticos, o que sugere uma reestruturação integradora destes valores numa perspectiva de incentivo e mérito profissional (Rocha, 2005). O actual paradigma da gestão não compreende os recursos financeiros, tecnológicos ou logísticos como os principais factores competitivos, mas sim as pessoas. O mesmo autor refere que é importante perceber que novas reformas na gestão das organizações nem sempre garantem índices de melhor desempenho e aumento de produtividade, pois podem sugerir situações de instabilidade, desmotivação e desmoralização dos recursos essenciais para a saúde organizacional, que se devem ponderar e superar. *“Os recursos humanos hoje não constituem apenas mais um dos recursos das organizações mas antes, na sociedade da informação onde a mudança é constante, constituem o recurso estratégico. Representam aquele factor crítico sem o qual não há forma de competir e ter sucesso.”* (Bilhim, 2004:7).

A gestão hospitalar não ignora esta regra de ouro e cada vez mais procura também ela corresponder a esse desafio de obter o máximo de eficiência e a melhor qualidade de cuidados. No entanto, de acordo com este paradigma de modernidade, para gerir a eficiência e a qualidade estratégica é importante perceber o contributo diferenciado dos recursos profissionais que nesse ambiente, isoladamente ou em equipas multidisciplinares, promovem as estratégias de cuidados e assistência, e são o rosto imediato da organização.

CAPÍTULO III – ENFERMAGEM E CONTRIBUTOS NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

Nos últimos anos, as muitas alterações ocorridas na prestação de serviços de saúde têm afectado os papéis, as expectativas e as práticas de muitos grupos profissionais que actuam neste contexto. Neste sentido, é importante que os indivíduos que hoje assumem estes papéis possuam um entendimento deste desenvolvimento, da herança e da história das suas competências, que lhe permitam assumir conflitos, controvérsias e questões para as quais possam ainda não existirem respostas assumidas mas hoje exigidas. “*A compreensão do mundo actual exige o conhecimento da História? Não se fechado sobre si mesmo, esse passado for apenas reconstituído, como um objecto exótico. A perspectiva muda se esse passado for analisado e confrontado com o presente, a fim de identificar sobrevivências e rupturas.*” Collière (1999:25).

Neste capítulo pretende-se evidenciar a génese dos cuidados de enfermagem como grupo socioprofissional, bem como orientar conceptualmente a origem e influência que a prática de cuidados de enfermagem engloba na abordagem holística da saúde/doença com ênfase para o bem-estar da pessoa.

Numa perspectiva organizacional o planeamento e gestão de um grupo profissional num sentido de efectividade pressupõem uma compreensão sobre a definição do conjunto de competências que o caracterizam. De igual modo é pertinente uma interiorização das dinâmicas implícitas únicas e muitas vezes invisíveis mas assumidas em retratos quantitativos de resultados.

As diferentes concepções de enfermagem, a forma como estas têm evoluído ao longo da história, a imagem do seu papel social e a vinculação do seu estatuto real como profissão autónoma, assumem uma importância não apenas impressiva mas estratégica como modalidade de revalorização dos contributos e da pluralidade de configurações e áreas assertivas aos seus cuidados.

Escasseiam contudo estudos que nos permitam evidenciar e afirmar este contributo dos enfermeiros nas organizações hospitalares.

3.1. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Uma visão directa do cuidar o outro parece inerente à acção humana numa perspectiva de manutenção da vida e combate a situações inevitáveis que a podem comprometer. Desde as civilizações mais remotas que são descritos indivíduos cujas funções estavam subjacentes ao cuidar o outro, com práticas baseadas na saúde e na prevenção (Ellis et al, 1998).

Contudo, segundo Collière (1999), para se compreender a génese da transversalidade do cuidar, dos seus contextos ao longo dos tempos, é necessário interrogar a história das mulheres, pois foi a partir das suas práticas vividas e transmitidas que se construiu o papel social do cuidar. Segundo a mesma autora, encontramos ao longo dos tempos três grandes marcos de identificação do papel da mulher que presta cuidados importantes para o estudo da evolução das práticas profissionais:

- Os cuidados da mulher, desde dos tempos mais remotos até à idade Média: cuidados relacionados com a fecundidade e moldadas pela herança cultural;
- Cuidados com mulheres pertencentes a grupos de culto religiosos até ao séc. XIX, cuidados prescritos por regras conventuais;
- Cuidados com mulheres que auxiliam a prática médica, até aos anos sessenta influenciado pelo desenvolvimento da técnica.

No final do séc. XIX abrem-se novos caminhos na conceptualização do cuidar desenvolvendo-se técnicas e tecnologias mais complexas na abordagem ao doente ligadas à própria expansão do sistema hospitalar. A enfermagem como grupo socioprofissional tem origem nesta evolução técnica e social. A complexificação administrativa e burocrática do sistema hospitalar exigiu um crescendo de responsabilidades e competências para as quais as religiosas ou outro pessoal indiferenciado que asseguravam as prestações não médicas não estavam preparados (Lopes, 2001).

Surge então com Florence Nightingale um momento fundamental com a reelaboração da natureza do trabalho de enfermagem com noções técnicas e requisitos de competências que conferem especificidade ao cuidado de enfermagem. Nesta

recomposição socioprofissional de enfermagem chegamos a um momento em que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004) emergem duas ideologias que coexistindo serviram de base a uma orientação da identidade profissional: uma baseada em valores vocacionais de disponibilidade, ajuda e substituição do doente e uma outra que deriva do conhecimento e saber técnico ligada ao desempenho em contextos mais especializados. Este aspecto havia já sido mencionado por Henderson (1969), que reconhece a necessidade de um conhecimento e saber técnicos e científicos próprios, e a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais – uma atitude de ajuda e substituição do utente.

A Ordem dos Enfermeiros (2004), refere que a busca da especificidade de enfermagem sempre atravessou estas duas ideologias, e que é nesta junção que assenta uma prática profissional com autonomia, para que os contributos sociais e económicos dos enfermeiros sejam relevantes para a sociedade.

A análise da prática profissional a reflexão sobre o agir fundamentado, na tentativa de clarificação do papel social do enfermeiro, a influência de diferentes correntes socioeconómicas sobre a prática de enfermagem sobre o seu papel e as expectativas desse papel, contribui para uma transformação e diversificação da sua identidade (Collière, 1999).

A crítica e desvalorização da abordagem tradicional da formação do carácter, identificado como vocação religiosa, sem se encontrar um quadro de valores sólido que constituísse uma alternativa constituiu-se num vazio perigoso, quando se admitia ser possível educar ou prestar cuidados de forma isenta. O enfermeiro deveria preocupar-se apenas com verdades e factos, actuar de forma distante e sem se envolver, ser um técnico competente e as suas acções serem neutras em relação aos valores. Nesta fase, não se falava explicitamente em obediência, ordem, humildade ou submissão. Mas verificou-se que os enfermeiros continuaram a não tomar parte activa nas decisões em saúde (Ribeiro, 1998).

Este mal-estar instalado numa profissão que busca a sua identidade, o aumento da complexidade das situações com que os enfermeiros se deparam na prática, confrontados com dilemas de dificuldade crescente que apelam para tomadas de decisão cada vez mais exigentes e à produção de reflexões sobre enfermagem e sobre a necessidade de se seguirem modelos orientadores para a prática, formação e investigação. O desenvolvimento e o estudo destes modelos, como defende Marriner (1989), ajuda no desenvolvimento da capacidade analítica, oferece linhas orientadoras de raciocínio, esclarece os valores e as premissas e determina os objectivos da prática, da educação e da investigação no campo da enfermagem. Tendo tudo isto em consideração, torna-se imperativa a sua análise e a análise dos seus modelos conceptuais, cujas concepções emergiram da prática e para a prática, moldando-a e transformando-a naquilo que ela hoje é e representa nas diferentes sociedades. Esta reflexão oferece uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos para a sua prática (Kérouac et al., 1996).

Os modelos conceptuais apoiam-se em teorias, conceitos e paradigmas com origem nas ciências humanas e sociais, tendo em comum uma perspectiva de cuidados centrada na pessoa como sujeito activo destes mesmos cuidados e a defesa duma relação de parceria entre quem presta e quem recebe cuidados (Ribeiro, 1995). Assim, segundo Kérouac et al (1996) nesta perspectiva de base para o desenvolvimento teórico de uma concepção existem três paradigmas que coexistindo ao longo da história de enfermagem, influenciaram perspectivas, análises e descrições da finalidade principal do cuidado: o paradigma da categorização, o da integração e o da transformação. Paradigma deve ser entendido como um diagrama conceptual, uma ampla estrutura para organizar a teoria/modelo, ou seja, um conjunto de valores, crenças, leis, princípios, metodologias e respectivas formas de aplicação (Marriner, 1989).

Existem diferenças significativas na orientação e na relevância dos cuidados que são dirigidos, de acordo com a orientação pratica e conceptual de uma destas vertentes. A enfermagem acompanhou estas direcções paradigmáticas nas suas dimensões um pouco condicionada pelos marcos históricos da saúde e pela própria visão sempre resiliente dos seus pensadores.

No paradigma da Categorização (séc. XIX) a pessoa é observada de forma fraccionada, não integrada e o ambiente é separado da pessoa e fragmentado em físico, social e cultural (Kérouac et al, 1996). Pessoa e ambiente surgem como entidades distintas e a saúde é entendida como ausência de doença, um estado de equilíbrio desejável.

O paradigma da Integração (década de 50) revela uma enfermagem mais orientada para a pessoa centrando a sua acção em todas as suas dimensões considerando a sua globalidade integrada no seu contexto. A pessoa passou a ser entendida como ser bio-psico-sócio-culturo-espiritual. No benefício profissional resultante desta inovação conceptual foram elaborados os primeiros modelos de enfermagem, orientados para a pessoa, com o objectivo de definir a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Kérouac et al, 1996).

Na década de 70, impulsionada por factores socio-políticos de globalização cultural e económica, surge uma nova dinâmica mais complexa na percepção dos fenómenos, o paradigma da Transformação: *“Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia”* (Kérouac et al, 1996:13). Esta abertura ao mundo evidencia a importância da reformulação do conceito de saúde preconizado pela Declaração de Alma Ata (1978), onde se destaca a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, onde o Homem tem o direito e o dever de participar individual ou colectivamente na planeamento e implementação de medidas de saúde. A pessoa e o enfermeiro são parceiros num cuidado individualizado onde se exige espírito aberto, tolerância, capacidade de negociar e abertura a um compromisso e apreço pela diversidade.

Kérouac et al (1996) estudou a evolução destas correntes paradigmáticas do pensamento em enfermagem, observando que esta se tem relacionado com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, admitindo na actualidade a coexistência de todas. Alguns dos modelos que surgiram ao longo desta evolução global

do cuidar, englobam uma destas correntes de pensamento ou várias, mas incluem na sua essência elementos lineares e transversais a todas. No referencial teórico que representa a complexidade de enfermagem é possível extrair da sua caracterização os conceitos-chave, que não sendo específicos, são fundamentais na disciplina de enfermagem. *A relação particular entre os conceitos «cuidado», «pessoa», «saúde» e «ambiente» constituem o núcleo da disciplina de enfermagem* (Kérouac et al, 1996:24).

Na base da relação entre estes conceitos, segundo as suas características filosóficas e científicas podemos agrupar as concepções de enfermagem em seis escolas: a escola das necessidades, da interacção, dos efeitos desejados, todas orientadas para a pessoa, e as escolas do ser humano unitário e do cuidado, caracterizadas por uma abertura para o mundo (Kérouac et al, 1996).

A Enfermagem caracteriza-se portanto por um processo sistemático de desenvolvimento, de inúmeros conceitos, modelos e teorias específicos que constituindo uma base de conhecimentos próprios e singulares conduz a uma afirmação clara e única da sua autonomia profissional. A sua influência que se procura transmitir nos ganhos em saúde para a população deve ser reconhecida não só numa dimensão económica imediata mas pela percepção das realidades e modificações sociais que engloba.

Reconhecer o que identifica um serviço oferecido por uma disciplina autónoma implica ter em conta a sua natureza e tomar consciência das dimensões sociais e económicas descritas (Collière, 1999). A mesma autora refere que se esta vertente socioeconómica influencia a orientação da prática dos cuidados, então os cuidados de enfermagem num contexto de saúde influenciam também directamente estas dimensões de modo muito significativo. A prática dos cuidados de enfermagem e a forma de os adequar à pessoa que os procura, porque tem necessidade destes, exercem uma marca social, mas ao mesmo tempo definem a própria imagem que os define. Contudo seja, pelas tecnologias utilizadas, pelo modo de hierarquização social que criam, as formas institucionais que definem, a sua organização ou pelo alcance social do acto de cuidar, os cuidados de

enfermagem têm uma influência social inquestionável mesmo que esta não seja assumida de forma imediata num contexto desvirtuado de conteúdo e conhecimento.

Os enfermeiros ao orientarem a finalidade da suas acções enquanto prestadores de cuidados para a pessoa, considerando o seu modo de vida, estimulando a participação activa e directa da população no encontro dos seus aspectos mais específicos, implicam a representação bilateral de um custo económico que não poderia isoladamente constituir-se pois não pode ser dissociado das suas incidências sociais. “ Se é verdade que as correntes económicas influenciam a orientação e a maneira de exercer a pratica de cuidados, reciprocamente os cuidados de enfermagem contribuem para afirmar ou pôr em causa as correntes sociais” (Collière, 1999:321).

3.2. ENFERMAGEM: PERCURSOS PARA A AUTONOMIA

Quem somos? O que fazemos? Será que nós próprios já o sabemos? Qual a nossa razão social de existir? Collière (2003) considera uma armadilha estas prospecções às cegas sobre perspectivas de futuro sem conhecer as raízes do presente. Parece um mutismo bloqueador a dificuldade de alguns na articulação semântica de conteúdo funcional para estas interrogações.

Os enfermeiros procuram constantemente num anúncio pedinte este reconhecimento como se as competências e o conteúdo profissional que sustenta a sua acção considerado por todos como suficiente, rico e útil, não fossem identificáveis e reconhecíveis socialmente. Mais do que procura-lo, é importante desenvolver estratégias que espelhem o que muito vezes parece implícito mas invisível a um senso comum profissional e social (Hesbeen, 2000).

Lopes (2001) refere que o investimento de alguns grupos profissionais na formação e na construção de saberes académicos, na criação de códigos deontológicos, apenas configuram estratégias de profissionalismo, adoptando atitudes relativas ao trabalho e à

identidade profissional que o definem, mas estas não geram reconhecimento social como profissão, pois não asseguram a sua autonomia funcional.

"As identidades sociais e profissionais típicas não são nem as expressões psicológicas de personalidades individuais nem os produtos de estruturas ou de políticas económicas impostas lá do alto; elas são construções sociais que implicam a interacção entre as trajectórias individuais e os sistemas de emprego, de trabalho e de formação" (Dubar, 1991:264). Na saúde, a expressão de identidade engloba esta perspectiva na sua organização, influenciada por diversos actores não passivos, com espaços partilhados e com um "objecto" comum de intervenção.

Nesta recomposição de identidades sócio profissionais, o valor de uma profissão como enfermagem não pode basear-se noutro aspecto que não seja a valorização do seu contributo específico e insubstituível para a saúde da população. É exactamente da prática que emerge este contributo para uma identidade autónoma que é necessário continuar a construir e a desenvolver, e não do imaginário de opiniões de prestígio, de processos redutores ou de jogos de poder, desprovidos de conteúdo e da prática funcional (Hesbeen, 2000).

Nesta perspectiva ambígua de uma busca de identidade profissional com dificuldade em objectivar a sua razão de ser, devemos pensar nas questões que bloqueiam as afirmações do verdadeiro valor do cuidado dirigido ao outro que visa desenvolver, estimular, confortar e compensar as possibilidades de existir (Collière, 2003).

Uma inocente simplicidade remete-nos para o domínio do agir profissional, em consonância com os princípios e modelos invocados como fundamentadores da profissão. *"Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível."* (REPE, 1996:2961).

Uma das primeiras teóricas a descrever uma definição de enfermagem foi Virgínia Henderson, considerando na sua declaração que “...a função exclusiva do profissional de enfermagem é a de auxiliar o indivíduo, enfermo ou sadio na realização das actividades que contribuam para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica), que ele realizaria sem o auxílio se tivesse a força, o desejo ou o conhecimento necessários. E fazer isso de uma forma que ele adquira a independência tão rapidamente quanto possível” (George, 1993:63).

Esta concepção de Henderson sobre os cuidados de enfermagem consiste e engloba a ajuda proporcionada às pessoas doentes ou com saúde, na execução de actividades relacionadas com a satisfação das suas necessidades fundamentais. (Kérouac et al, 1996). A mesma autora refere que o objectivo da profissão de enfermagem é, pois, observar e restabelecer a independência do doente de maneira que possa satisfazer por si mesmo as suas necessidades fundamentais.

A fundamentação do modelo conceptual de Henderson centra-se na pessoa como um ser humano, único, completo, com componentes sociológicas, psicológicas, sócio-culturais, espirituais, que tem catorze necessidades básicas ou requisitos que deve satisfazer de forma a manter a sua integridade física e psicológica e/ou promover o seu desenvolvimento e crescimento. Para Henderson (1994) uma necessidade, mais do que uma carência, é um requisito que quando identificado deve ser condição essencial para o restabelecimento da independência e satisfação da pessoa que requer cuidados.

Todas as necessidades se encontram interrelacionadas, sendo a satisfação de qualquer uma destas necessidades diferente de pessoa para pessoa, variando com os factores psicológicos, sociais e culturais e com a sua própria percepção de “correcto” ou de “normal”. Nesta abordagem os enfermeiros como membros de uma equipa exercem nos seus cuidados juízos autónomos e independentes. O processo de cuidados ao doente é deliberado e implica tomada de decisões (Henderson, 1994).

Estas afirmações conceptuais do conteúdo funcional dos enfermeiros pressupõem processos de tomada de decisão em função da pessoa e não de interesses pessoais, institucionais, técnicos, de normas ou rotinas. Servir o corpo é negligenciar a pessoa, é perder o “Cuidar” essencial e único da nossa profissão, sendo que a visão centrada nesta divergência específica, única e deve ser o ponto de partida desta visibilidade social e institucional das competências de enfermagem.

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem descreve as intervenções dos enfermeiros como autónomas e interdependentes. Por intervenções autónomas são consideradas “...as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.” (REPE, 1996:2961). Por intervenções interdependentes são consideradas “...as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas. (REPE, 1996:2961).

Enquanto enfermeiros prestamos cuidados com centralidade distinta de acordo com o enunciado do regulamento do exercício profissional, e as nossas intervenções têm uma nomenclatura diferente com base na origem da prescrição dos cuidados. Nunes (2006) considera por este motivo que os enfermeiros prestam cuidados sempre de forma autónoma. Segundo a autora, a interdependência refere-se apenas com o início do processo do prescritor sendo que mesmo quando a prescrição é realizada por outro profissional de saúde o enfermeiro assume a responsabilidade pelos seus actos e pelas decisões que toma. Tomamos decisões sempre com um objectivo único de responder às necessidades das pessoas, num processo de recolha, análise, planeamento, intervenção e avaliação. Pensar sobre isto é interessante, mas numa autonomia de preferências e escolhas concretas, com finalidades e objectivos delineados, parece existir uma ambiguidade assumida em textos vazios de estratégias onde meros descritores de acções ditas valorizáveis não são conscientes das responsabilidades pessoais neste assumir de

identidade profissional. Devemos “...trabalhar em articulação e complementaridade sendo que as nossas decisões quanto aos cuidados e a nossa responsabilidade perante as pessoas de quem cuidamos não apenas nos pertencem como nos constituem profissionalmente.” (Nunes, 2006:10).

Mas a definição profissional com o objectivo de articular de forma clara os papéis e as funções de enfermagem, como nos refere Henderson (1994), apesar do feito de gerações de enfermeiras em tentar defini-la, «a natureza da enfermagem» continua uma incógnita. Onde estamos e para onde vamos? O que nos falta?

A enfermagem no decurso dos últimos anos alcançou uma evolução muito importante para fortalecer o seu agir profissional quer ao nível da sua formação de base superior, quer no que diz respeito à complexificação, dignificação e especialização dos profissionais no exercício das suas intervenções. A publicação do REPE (D.L. nº 191/96 de 4 de Setembro de 1996), com referência aos princípios de actuação fundamentados numa moral de cooperação e respeito mútuos, e a criação em 1998 da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 104/98 de 21 de Abril), são marcos significativos e vinculativos para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem.

Ainda que este agir profissional envolvido por um perfil conceptual e legal que não deixa espaço a tentativas perturbadoras, seja pano de fundo no desempenho dos enfermeiros nas suas intervenções e ainda que estas intervenções tenham papel numa sociedade virada para a aparência, podemos argumentar que parece faltar pressão sobre as estruturas de poder para garantir as aspirações que delimitam um espaço simbólico de intervenção. Ao contrário do que diz Moreira (2007), uma pressão profissional que caracteriza as profissões ambiciosas, mas com a legitimidade social, cultural, científica ou económica, sem nenhum desfasamento do melhor interesse da pessoa/cidadão comum. Para este autor é natural a adopção pelas profissões para o seu “melhor interesse” profissional, o “melhor interesse” público. Do desenvolvimento conceptual anterior é linear a evidente relação privilegiada da enfermagem no bom interesse da pessoa, famílias e comunidade, mas paradoxalmente, segundo Buresh e Gordon (2004),

um dilema estratégico para a enfermagem é a falta de compreensão que o público tem do seu trabalho. O público tem a enfermagem em muito boa conta mas esta não possui o tipo de identidade que o pode levar a insistir para que os seus profissionais sejam insubstituíveis. As mesmas autoras defendem que a resposta a este silêncio social termina na emergente necessidade de informação e comunicação pública sobre o impacto das nossas intervenções, e no salto que ultrapassa os obstáculos internos que nos silencia.

Desta voz necessária à enfermagem “...*também em Portugal a profissão enfrenta uma série de desafios de comunicação institucional, gestão de imagem profissional (em concorrência com outras profissões de saúde) e a necessidade de influenciar a opinião pública.*” (Moreira, 2007:167). A enfermagem não pode querer ser considerada como profissão relevante na saúde se não tornar visível e não exprimir a sua visão e opinião em grandes questões dos cuidados de saúde contemporâneos (Buresh e Gordon, 2004).

Esta decisão estratégica parece ser no futuro, coerente às necessidades sociais, a forma de fomentar abordagens de acção comunicativa e informativa mais massificadas capazes de serem percebidas pela população e de a influenciar na essência do nosso cuidar. A reformulação da dimensão de identidade deverá ser corrigida pela “nova imagem”, interventiva numa altura crucial em que os enfermeiros possuem os meios, a motivação e a oportunidade de a tornar realidade. Pensar sobre estas questões é “...*trazer as coisas, que nos acontecem e que acontecem em nós, ao exercício da consciência. Posto isto, pode acontecer que pensar ponha em causa, ou seja, interrogue o sentido do socializado, do que reproduzimos porque «sim», porque «sempre assim foi», porque «toda a gente faz assim» ou pelo que julgamos que esperam de nós. Pode ainda acontecer que sejamos congruentes com o pensar e que, por via de termos pensado, modifiquemos (devagarinho, pois) os hábitos instalados.*” (Nunes, 2006:9).

CAPÍTULO IV – GANHOS EM SAÚDE

O conceito de ganhos em saúde é abrangente e de uma ambiguidade estratégica sendo internacionalmente adoptado como enunciado positivo de um desejo de melhorar todos os indicadores de saúde em especial aqueles dos quais uma população se distancia relativamente a outras com melhores resultados (Ministério da Saúde, 2002). Esta expressão pode traduzir abordagens distintas, nomeadamente: “...*ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos; diminuição de situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial; redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.*” (Ministério da Saúde 1999:31). A obtenção de ganhos em saúde é a missão do sistema de saúde na tentativa de oferecer, segundo o mesmo relatório do Ministério da Saúde, uma resposta precisa, concertada e centrada no cidadão e nos valores de solidariedade e da qualidade para os problemas prioritários da saúde em articulação com a melhoria dos mecanismos da gestão do sistemas de saúde.

A evolução dos cuidados de saúde e o aparecimento de novos fármacos em muito têm contribuído para a obtenção de melhorias significativas da população, contudo estas inovações traduzem-se em gastos com os cuidados muito elevados (OCDE, 2005). No panorama da saúde – indicadores 2005 avançados pela OCDE, são considerados não somente recursos e actividades dos sistemas de cuidados mas também um número crescente de indicadores relacionados com a promoção da saúde e com a prevenção da doença. Este interesse vinculativo na promoção da saúde percebe-se pelo seu forte impacto no desenvolvimento do país e pela sua influência no grau de desigualdade económica e social entre os cidadãos. Algumas das conclusões avançadas por este relatório da OCDE (2005) sobre o estado de saúde das populações indicam esta evolução crescente de alguns indicadores como o aumento da esperança de vida à nascença (graças ao aumento dos padrões e do estilo de vida, melhor educação e um melhor rendimento social) estimando-se que esta continue a aumentar nas próximas décadas. Também em Portugal se regista esta melhoria reflectida na evolução dos indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil, e no equivalente aumento da esperança média de vida (Campos, 2007).

Existem outros indicadores de saúde mensuráveis que apontam para uma observação da redução da incidência de problemas de saúde em termos de doenças transmissíveis, reduções nas taxas de mortalidade, nas doenças crónico-degenerativas e também em situações como a dor, a violência doméstica, entre outros, que traduzem esta melhoria da qualidade de vida da população (Ministério da Saúde, 2002).

O perfil de qualidade na saúde da população implica nesta área considerar a saúde como resultante de um conjunto de factores determinantes que excedem e superam o que pode ser entendido como uma intervenção exclusiva dos sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2002). Neste relatório da OCDE (2005), são vários os progressos no domínio dos sistemas de informação em saúde permitindo obter um balanço dos ganhos em termos de indicadores numéricos de saúde como ausência de doença através de números discriminados e precisos da evolução ocorrida, mas faltam-nos indicadores de fenómenos imprecisos da saúde e bem-estar compreendendo situações que não sendo fatais implicam e condicionam o estilo, o tipo e a forma de vida da população.

“A saúde pode ser percebida como ausência de doença, como bem-estar ou como aptidão funcional.” (Ministério da Saúde, 2004:3). Nesta perspectiva, é necessário perceber que existem problemas emergentes na realidade da saúde resultantes de novas dinâmicas demográficas e sociais. As situações de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce, baixo níveis de literacia, a mudança no paradigma de emigração para imigração, a exclusão social, o envelhecimento demográfico, e alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar determinam e influenciam novas necessidades para as quais é necessário encontrar novas respostas (Campos, 2007).

Embora sejam uma realidade os ganhos em longevidade nos países da OCDE, onde incluímos Portugal, existem problemas de sustentabilidade financeira traduzidos por um aumento dos custos com a saúde. Os gastos com a saúde, em Portugal, tal como noutros países, cresceram a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao PIB (OCDE, 2005). A mesma organização considera que este aumento dos gastos em saúde pode ser atribuído a vários factores: alterações demográficas; o reflexo de políticas de saúde relativas aos níveis de despesas

inapropriadas, financiamentos e estruturas dos sistemas de saúde; progresso da capacidade da medicina em prevenir, diagnosticar e tratar as situações sanitárias.

O desafio a considerar neste sistema complexo implica o desenvolvimento de medidas instrumentais que aumentem a eficiência e assegurem a sustentabilidade financeira do sistema de saúde. Importa perceber as fontes de ineficiência do sistema que geram custos superiores aos possíveis, e que devem ser planeadas e controladas.

O principal problema encontra-se na eficiência de utilização dos recursos. Sem mecanismos que promovam e controlem esta eficiência nos cuidados, a canalização de recursos adicionais para algumas práticas implica desperdícios de capitais e sublinha a não evidência de efectividade de diversas intervenções praticadas frequentemente.

Neste contexto parece-me importante mais do que justificar as diferentes estratégias de financiamento, ou desenvolver novos contextos de gestão integrados dos diferentes serviços, perceber as características especiais e diferenciadas da natureza do produto que está em causa: os cuidados de saúde.

4.1. CUIDADOS DE SAÚDE E FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Na verdade, os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não proporciona utilidade. O consumo de cuidados de saúde faz-se com o único objectivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado. Assim sendo, estaremos em presença de um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura – a pessoa. Segundo Matias (1995), o estado de saúde da pessoa constitui efectivamente o objectivo único do consumo de cuidados de saúde, razão pela qual a procura deste bem tem características muito particulares, designadamente o esgotamento do consumo, a inexistência de utilidade intrínseca no bem, a não-homogeneidade e eventual interdependência no consumo, a racionalidade do consumidor, a incerteza e as externalidades.

O **esgotamento do consumo** de cuidados de saúde tem características muito particulares, chegando mesmo a ser negativo a partir do ponto de saciedade, o qual se atinge muito mais rapidamente no consumo de cuidados de saúde do que no consumo de qualquer outro bem. Nos cuidados de saúde podemos falar em desutilidade (utilidade negativa), enquanto para os restantes bens e serviços apenas podemos falar em utilidade decrescente. A **inexistência de utilidade intrínseca no bem** assume que os cuidados de saúde são consumidos com o objectivo único de proporcionar saúde ao consumidor/doente, e não porque o respectivo consumo proporcione utilidade por si só. Não acontece assim com os restantes bens e serviços, onde o próprio consumo gera utilidade. A **não-homogeneidade e eventual interdependência no consumo** refere-se ao facto de que quando se fala em cuidados de saúde estamos a pensar em bens e serviços tão diferentes como medicamentos, internamentos, consultas médicas, terapêuticas, etc., pelo que estamos em presença de um bem não-homogéneo, o que implica a existência não de um mas de vários mercados, com todos os problemas daí decorrentes. Por outro lado, trata-se muito frequentemente de um bem com características de indivisibilidade, como acontece, por exemplo, no caso das terapêuticas para determinadas situações clínicas, as quais podem englobar um conjunto de consumos interdependentes (em cadeia), que podem ir desde a simples consulta, às análises e medicamentos. A **racionalidade do consumidor** é uma outra característica particular do consumo de cuidados pois neste ponto, a gestão do bem-estar assenta em juízos normativos (em que só o próprio indivíduo é que sabe interpretar o seu bem-estar) ou não normativos (em que as escolhas dependem de uma revelação de preferências por parte do consumidor). Ora, o problema que se coloca é que o bem cuidado de saúde apresenta características conflituais com qualquer destes juízos, o que conduz a alguns obstáculos à sua prossecução. A **incerteza** assume-se também como uma destas características pois a existência de um grau de incerteza do doente relativamente a dimensões várias da prestação de cuidados de saúde, como o desconhecimento quanto ao custo associado à prestação de cuidados de saúde, o desconhecimento quanto à qualidade associada a esses cuidados de saúde, a impossibilidade em segurar eficazmente o risco de doença e a existência de risco moral no consumo de cuidados de saúde. Por último as **externalidades** podem ser entendidas como situações em que a protecção individual pode constituir um benefício social, em que a aversão ao risco leva a que indivíduos sem necessidades imediatas ao nível da

protecção na saúde sejam contribuintes líquidos do sistema pelo simples receio de riscos futuros, e situações de indivíduos que retiram utilidade da simples constatação da existência de um sistema eficiente de protecção na saúde, não fazendo contudo grande utilização do mesmo, têm igualmente implicações na escolha da melhor forma de satisfação deste bem (Matias 1995).

As características especiais deste bem não deixam margem para outro objectivo no consumo que não a obtenção de um melhor estado de saúde. Tal como diz McGuire, citado por Matias (1995), o reconhecimento de que a procura fundamental por parte do consumidor é de saúde, e não de cuidados de saúde *per si*, constituiu um grande avanço conceptual na análise da procura de cuidados de saúde. Esta procura é então uma procura derivada de um objectivo determinado: a obtenção de saúde.

A saúde de um indivíduo é determinada por uma série de factores que a influenciam (cuidados de saúde, rendimento, educação, habitação, vida familiar, ...). Estudos realizados em diversos países desenvolvidos concluem que os factores usualmente considerados como indicadores da qualidade dos cuidados de saúde (ratio de clínicos gerais, numero de camas hospitalares per capita para doentes agudos, ...) não tinham tido qualquer impacte na redução das taxas de mortalidade, quer das crianças, quer dos adultos (Giraldes, 1997).

Os verdadeiros avanços da ciência, em especial o desenvolvimento de medicamentos anti-infecciosos em décadas passadas, fizeram muito para reduzir a morbilidade e a mortalidade. Hoje em dia, contudo, as diferenças no nível de saúde entre os países ou entre populações não estão relacionadas com diferenças na quantidade e qualidade dos cuidados médicos.

Estudos referem que o meio-ambiente socio-económico em que as pessoas vivem pode ser uma determinante crucial do seu estado de saúde, tendo concluído que os indicadores sóciodemográficos explicavam consideravelmente mais do que os indicadores de cuidados médicos as variações inter-regionais da mortalidade infantil, da mortalidade geral, mortes hospitalares e incapacidade (Giraldes 1997).

Uma outra explicação para as desigualdades em saúde diz respeito às diferenças nos padrões comportamentais dos grupos sociais. Por exemplo, existem diferenças substanciais na prática de exercício físico, em relação ao qual, será o rendimento o factor determinante na medida em que, por exemplo o exercício físico se pode considerar como envolvendo custos elevados não apenas em termos financeiros, mas ainda em termos de tempo disponível.

Tudo isto significa que os cuidados de saúde são apenas um dos factores, entre muitos, e de forma nenhuma o mais importante, que afectam o nível de saúde, e não existe uma correlação específica entre despesa em saúde e a saúde de um país (Giraldes 1997).

Existem quatro elementos fundamentais que intervêm na área da saúde - aspectos biológicos, meio-ambiente, estilos de vida e organização dos serviços de saúde - , sendo que em décadas recentes todos os esforços para melhorar a saúde têm-se centrado na organização dos serviços de saúde e elevadas somas de dinheiro têm sido gastas para tratar doenças que poderiam ter sido prevenidas se o investimento tivesse sido realizado na área adequada. A maior parte das despesas de saúde públicas ou privadas, são utilizadas para financiar cuidados de saúde necessários para tratar e curar doenças originadas pelos efeitos do comportamento humano na depreciação do stock do capital de saúde. A maior parte do trabalho realizado pelos economistas nesta área continua a ser sobre os serviços de saúde, e não sobre outros factores que aí interferem, embora esta tendência se esteja a atenuar (Maynard, 1981).

Outro factor a abordar é o desemprego. Este surge como indicador de instabilidade económica, mas embora a diminuição de rendimento derivada do desemprego seja um aspecto económico importante, não é predominantemente a diminuição do poder aquisitivo que origina problemas de saúde, mas antes a perda de status, a estigmatização, o stress, ou seja, a instabilidade social.

A evidência sugere muito fortemente que as disparidades na morte e na saúde reflectem a experiência social durante a fase de crescimento e na idade adulta em termos de nutrição, meio-ambiente, exposição a riscos de saúde e estilos de vida relacionados com a saúde ou com a origem da doença. O problema ainda se agrava devido ao facto do

mau estado de saúde originar pobreza, de tal forma que se torna difícil distinguir entre o mau estado de saúde produzido pela pobreza e o inverso.

Grossman (1972) citado por Giraldes (1997) foi um dos primeiros economistas a colocar-se numa perspectiva de considerar a saúde como um stock que se deprecia ao longo do tempo e pode ser aumentado através do investimento. Neste modelo, o nível de saúde de um indivíduo não é um factor exógeno, mas depende, pelo menos em parte, dos recursos destinados à sua produção. A saúde é assim procurada pelos consumidores por duas razões: como um bem de consumo, na medida em que os dias de doença são uma fonte de desutilidade, e como um bem de investimento, pois determina o tempo disponível para actividades mercantis ou outras. Um aumento no stock de saúde reduz o tempo perdido, e o valor monetário dessa redução é um índice do resultado do investimento em saúde.

Os indivíduos, em certa medida, escolhem o seu nível de saúde tal como decidem sobre o nível de consumo de outros bens; variáveis como a idade e o nível de educação afectam a procura, ao alterarem o “preço” da saúde. Os cuidados de saúde são um input, mas não o único, e a evidência indica que o nível educacional poderá ser um desses factores. Outros como o rendimento, já referido, a educação, o estilo de vida e o acesso aos cuidados, podem afectar a taxa de depreciação do stock de saúde e o custo de manter ou melhorar o nível de saúde.

Grossman (1972) citado por Giraldes (1997), foi o primeiro autor que exprimiu a opinião que é útil encarar a saúde como um stock de capital análogo a outras formas de capital humano, como a educação, ou de capital físico. Este stock deprecia-se ao longo do tempo devido ao processo natural de envelhecimento e, por vezes, devido à incidência de doença não evitável. Contudo, os indivíduos podem também afectar o processo de depreciação através das próprias acções. Podem, em parte ou mesmo totalmente, durante um tempo, evitar a depreciação, seja qual for a sua origem, “investindo” de forma apropriada em actividades de promoção da saúde. No sentido oposto, podem também aumentar a taxa de depreciação envolvendo-se em actividades que consomem o stock de saúde, como o tabaco ou condições de trabalho muito exigentes.

Será de esperar que se verifiquem diferenças nos stocks de saúde entre os ricos e os pobres. Em primeiro lugar devido à má nutrição da mãe e aos factores ambientais, os indivíduos nascidos nos grupos sociais mais baixos terão, em princípio, um stock de saúde mais pequeno do que os nascidos nos grupos mais elevados. Em segundo lugar, os indivíduos mais pobres farão menores investimentos em saúde, em parte porque a utilização dos serviços de saúde, mesmo gratuitos, envolve para eles muitas vezes, um maior custo, e ainda porque terão menor noção dos benefícios que daí advêm. O baixo nível educacional fará com que saibam menos sobre as vantagens para a saúde de, por exemplo, uma dieta equilibrada ou serviços médicos preventivos. Além disso, em alguns casos, tais como cuidados de saúde curativos, podem efectivamente receber menores benefícios, já que os profissionais comunicam melhor com os seus doentes da classe média do que com os doentes de classes mais baixas, e também passam mais tempo com eles. Por último, como têm poucos recursos, os indivíduos de grupos mais desfavorecidos podem ser forçados a consumir os seus stocks de saúde mais rapidamente do que os mais privilegiados. Enquanto estes têm aptidões educacionais e bens herdados, os primeiros têm apenas um instrumento de produção de riqueza: o seu stock de saúde. Para obterem os meios de subsistência para viverem têm de utilizar esse instrumento mais do que a classe privilegiada (Le Grand, 1982).

É preciso reconhecer que há problemas que persistem e outros emergentes, neste âmbito da saúde pública, resultantes das novas dinâmicas demográficas e sociais. Há que definir estratégias e planear as intervenções conducentes de forma a reforçar a sustentabilidade daqueles indicadores e a permitir a obtenção de mais ganhos em saúde (Campos, 2007).

4.2. ESTRATÉGIAS PARA A MELHORIA DA SAÚDE

A eficiência dos serviços contribui para ganhos em saúde. A ineficiência tem custos sociais elevados e irreversíveis (Nabo, 2007). Mas, afinal, que estratégias têm sido

escolhidas ao longo do tempo face ao reconhecimento de situações de incapacidade dos serviços de saúde, só por si, poderem resolverem os problemas de saúde da população?

Terá sido a Declaração de Alma-Ata (1978) o primeiro documento internacional a afirmar na sua recomendação nº 4: *“a conferência, persuadida de que para melhorar de maneira apreciável a saúde de toda a população se impõe a coordenação planeada e eficiente dos serviços da saúde nacionais e das actividades afins de outros sectores, recomenda que nas orientações e nos planos de saúde se tenham sempre em conta as contribuições de outros sectores relacionados com a saúde e se adoptem medidas concretas e viáveis em todos os níveis, especialmente nos níveis intermédio e comunitário, para coordenar os serviços de saúde com todas as restantes actividades que contribuem para a promoção da saúde e dos cuidados de saúde primários (...)”*.

Esta política é retomada em 1985, na avaliação da estratégia da saúde para todos no ano 2000, em que se reconhece que a equidade social significa permitir a satisfação das necessidades básicas de alimentação, educação, água potável, habitação e ocupação útil que proporcione um rendimento adequado (Giraldes, 1997). A este respeito, a preocupação principal deslocou-se da equidade na distribuição de recursos para a equidade dos resultados, pelo que a equidade no tratamento e acesso foi substituída pelo desejo de equidade na situação de saúde. As desigualdades em saúde poderiam ser reduzidas através de uma discriminação positiva a favor das classes menos favorecidas mediante uma política de distribuição de rendimentos e uma política de educação, para além da intervenção dos serviços de saúde (Maynard, 1981).

Uma outra estratégia é uma estratégia anti pobreza, definida em duas principais perspectivas: uma mais justa distribuição de recursos, através de um sistema de tributação progressiva, e um encorajamento da autodependência e de um nível de conhecimentos individuais e autonomia, por intermédio do aumento dos níveis e conteúdo da educação, da melhoria do acesso individual à informação e da concessão do direito ao emprego (Gray e Bosanquet, 1992). Se nos colocarmos na perspectiva de diminuirmos as desigualdades de saúde, é muito provável que um aumento da despesa em habitação, educação, segurança social e criação de novos empregos tenha um maior

impacte nas parcelas da população mais pobre do que teria um aumento na despesa em serviços de saúde (Dearden 1985 citado por Giraldes 1997).

A OCDE (2005) sugere que dar um maior ênfase à prevenção poderia criar oportunidades para continuar a melhorar a saúde, enquanto se reduziria a pressão sobre os sistemas de cuidados de saúde.

O PNS compreende os aspectos prioritários da política da OMS, e da Região Europeia, focalizando as suas áreas nas doenças transmissíveis, na saúde mental, que constitui a principal causa de incapacidade nas nossas sociedades, nas doenças cardiovasculares, no cancro, em particular a doença oncológica rastreável, na sinistralidade de viação e trabalho e nas doenças respiratórias (Campos, 2007). O mesmo autor defende que as políticas de saúde deverão ter em consideração o contexto social onde as pessoas nascem, crescem e morrem. A promoção da saúde e a saúde pública estão a situar-se no primeiro plano da agenda política, sendo que se pode destacar no programa de governo as referências a aspectos como o envelhecer em saúde, lutar contra as toxicodependências, reforma do sistema de saúde de forma a torná-lo mais justo, eficiente e flexível.

Nas principais linhas de reforma de gestão da saúde são reafirmados como valores e princípios da actuação a salvaguarda da dignidade humana, a solidariedade e justiça social, a cidadania, os princípios éticos na prática e nas decisões individuais e colectivas em saúde, a equidade no acesso e utilização dos cuidados, a sustentabilidade organizativa e financeira e a especificidade do trabalho profissional (Ministério da Saúde, 2004).

O investimento na saúde deve compreender de acordo com as orientações estratégicas para o 2004-2010 do PNS, determinados aspectos dos quais realçamos os seguintes:

- Reforma dos cuidados de saúde primários – mais orientado para a prevenção da doença, com criação das USF, com profissionais motivados e incentivos à promoção da saúde e desempenho;

- Criação de uma rede de cuidados continuados – tentativa de adequar os cuidados de saúde às necessidades da população diminuindo os reinternamentos hospitalares;
- Responsabilidade orçamental para garantir a sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde – aplicação de instrumentos típicos da gestão na procura da eficiência das instituições, para a melhoria da relação custo-efectividade;
- Investimento na qualidade – definição de normas de orientação clínica, ponderação na afectação de recursos financeiros de acordo com critérios de produtividade e qualidade e um sistema de certificação de equipamentos e fornecedores;
- Incentivar a investigação e desenvolvimento em saúde – favorecer e incentivar sistemas de investigação em saúde como garante de um conhecimento científico equilibrado sobre a realidade nacional;
- Gestão de informação e conhecimento – desenvolvimento de sistemas de registo e partilha de informação e propiciar a modernização dos processos de recolha, análise e divulgação de informação de apoio à decisão;

Aspectos de gestão económica em saúde têm origem nas organizações de gestão e é previsível que continuem a influenciar os sistemas de saúde. Ao longo desta abordagem pode-se aferir que qualquer mudança que se pretenda no sector da saúde não pode nem nunca deve ser uma mudança isolada das características próprias da população que irá usufruir dela. Os factores que definem e caracterizam a população, sejam sociais, educacionais ou económicos, moldam qualquer comportamento e influenciam determinantemente o ciclo de vida de cada indivíduo. A mudança e reestruturação das políticas de saúde parecem emergentes desta situação, devendo a sua gestão englobar e nunca prescindir desta globalidade de aspectos que definem o stock de saúde de cada indivíduo ou população.

Contudo, este reconhecimento estratégico que volta a saúde para fora e não para dentro das suas unidades, deve ser o alicerce correcto na construção de um sistema mais justo e equitativo de recursos e prioridades. A qualidade tão procurada e tão em foco nos nossos dias tem aqui a linha de partida para estruturação das suas metas e objectivos.

A reforma do sistema de saúde visa ampliar a acessibilidade à qualidade e equidade procurando a sustentabilidade financeira, devendo este sistema ser eficientemente gerido criando mais valor para os recursos de que dispõe (Campos, 2007). Nestes recursos devemos considerar os profissionais que nestas instituições desenvolvem a sua actividade e exponencialmente influenciam o sucesso da aplicação de todas estas estratégias que visam a melhoria da saúde da população. A prestação e actividade exercida por um profissional da área de saúde ou de outra, centra-se num contexto social e económico que a influencia mas que absorve a sua contribuição e serviço (Collière, 1999).

CAPÍTULO V – AVALIAÇÃO ECONÓMICA EM SAÚDE

Nas organizações modernas, um dos grandes desafios dos gestores é otimizar os custos de produção mantendo a qualidade dos seus produtos e serviços. A informação sobre os custos e os benefícios na saúde é incerta e incompleta mas uma abordagem estruturada dá-nos um enquadramento muito importante para organizar informação diferenciada e para ajudar os decisores na definição de políticas concretas. A avaliação económica é um processo que leva os agentes a definir, estruturar e a delinear as suas opções de modo explícito, mas é de salientar que esta apenas informa sobre decisões, não sendo prescritiva (Freitas, 2005). A avaliação económica é a análise comparativa de actividades alternativas em termos dos seus custos e de suas consequências (Drummond et al. citado por Freitas, 2005). Este autor refere ainda o princípio da optimização como condutor da avaliação quer maximizando o produto de saúde num orçamento quer pela minimização dos custos para um determinado resultado.

São descritos habitualmente quatro tipos de avaliação económica em cuidados de saúde segundo Freitas (2005): a análise de minimização de custos, a análise do custo-efectividade, a análise do custo-utilidade e a análise do custo-benefício.

A **análise de minimização de custos** mede os custos das várias opções em unidades monetárias. As consequências das várias opções alternativas são supostas e idênticas, não havendo necessidade de as quantificar. Representa uma forma parcial de avaliação económica, excepto nos casos em que as consequências são equivalentes. Identifica o custo mais baixo das várias opções, assumindo benefícios iguais, embora os custos de aquisição e de administração dos dois medicamentos possam ser bastante diferentes. A **análise do custo-efectividade** considera apenas um único efeito de interesse que é comum a todas as opções. Os custos são medidos em unidades monetárias e as consequências são medidas em unidades naturais. A eficácia está em unidades clinicamente relevantes. Alguns exemplos serão: anos de vida ganhos; dias de incapacidade evitados; redução da pressão arterial. Não há uma comparação implícita entre custos e benefícios nem uma valorização das consequências. A comparação final é

deixada ao critério de quem decide sendo este o responsável por atribuir e avaliar a importância relativa das diferentes consequências e dos custos de cada alternativa. A **análise do custo-utilidade** sugere que os efeitos esperados são quantificados em anos de vida ajustados por qualidade de vida (QALYS – quality adjusted life years). Em termos de consequências das diversas opções consideradas, podem ser unidimensionais ou multidimensionais. As consequências são medidas em unidades físicas, como anos de vida ajustados para a qualidade, ou anos de vida ajustados para a incapacidade; as consequências são ajustadas por pesos atribuídos aos diferentes estados de saúde. Ou seja, os estados de saúde associados aos resultados são valorizados relativamente a outros. Isto significa que se pode valorizar a qualidade dos anos de vida ganhos, e não apenas o mero valor dos anos. Esta abordagem é especialmente útil para os tratamentos ou programas que prolongam a vida à custa de efeitos secundários ou tratamentos que levem a reduções de morbilidade e não de mortalidade. A **análise do custo-benefício** mede os custos e benefícios em unidades monetárias. Tal como a análise custo-utilidade, trata consequências uni ou multidimensionais. As consequências, ou benefícios, são directamente comparáveis com os custos. A maior dificuldade está nos benefícios. Frequentemente são difíceis de medir, de quantificar em unidades monetárias, ou ambas as coisas simultaneamente. Exemplos de benefícios de difícil quantificação: maior qualidade de vida para o doente; maior satisfação do doente com o sistema de saúde; melhores condições de trabalho para o profissional de saúde. A grande diferença desta forma de análise é precisamente o de medir custos e benefícios nas mesmas unidades, para permitir comparações. É a forma mais geral de avaliação económica pois permite comparar benefícios obtidos com custos. Não é contudo a análise mais utilizada porque implica questões éticas na avaliação de alguns custos para se atingir determinado benefício (Freitas, 2005).

Sempre que possível em qualquer destes tipos de análise deve-se ter em consideração a perspectiva social que está vinculada a estas decisões (Giraldes, 1997). Quem toma a decisão pode optar por diferentes orçamentos para focar custos segundo perspectivas particulares, mas existe um certo número de princípios para estimar os custos em que os economistas da saúde estão geralmente de acordo (Freitas, 2005). Segundo o mesmo autor, os custos directos são os recursos gastos e pagos na execução do diagnóstico,

prevenção e tratamento; envolvem uma transferência monetária. Podem ser identificados através da actividade dos hospitais e das clínicas, dos serviços médicos, medicamentos e exames auxiliares. Os custos indirectos são recursos perdidos devido à doença ou à intervenção para prevenir ou tratar a doença e não envolvem uma transferência monetária. Estes incluem os custos de morbilidade e de mortalidade.

A análise das similitudes e das diferenças existentes entre estes conceitos ajuda-nos a repensar o papel e a importância da teoria económica e social no estudo e concretização de qualquer processo de saúde. Existe neste sector uma complexa abordagem de factores multidisciplinares que interferem e fazem variar as respostas e resultados que esperamos obter. As metas e os limites das nossas opções podem ser condicionadas ou condicionar efeitos e benefícios fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das populações, devendo estes serem tidos em conta nos processos de decisão na saúde e no seu desenvolvimento.

Poz et.al. (1997) considera que o conceito de produtividade em saúde comporta aspectos quantitativos e qualitativos que envolvem, além das dimensões individuais, as de um contexto social. Deste modo, numa análise da produção e da qualidade de serviços de saúde devem-se considerar variáveis relacionadas com os diferentes *inputs* (recursos), com o processo (actividade, como se trabalha os recursos), os *outputs* (produto, o que é produzido) e ainda os *outcomes* (resultado/impacto). Estes componentes são fundamentais para a qualidade dos serviços, pois uma boa estrutura possibilita o desenvolvimento de um bom processo e este possibilita o desenvolvimento de um bom resultado.

“A qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e desta forma proporcionam-lhe satisfação em relação ao produto; a qualidade é a ausência de falhas e a adequação ao uso” (Zanon, 2001:6). A qualidade é conceito que envolve vários factores como: eficácia, eficiência, qualidade técnico-científica (desempenho ou competência profissional), satisfação, adequação, continuidade e aceitabilidade exigindo uma procura de todos estes aspectos na procura por aumento de qualidade (Imperatori, 1994).

Na saúde a qualidade pode ser entendida como a satisfação e diminuição das necessidades não respondendo à procura, mas antes sendo proactivo para prevenir e dar respostas (Biscaia, 2000). Podemos relaciona-la com as características do produto, com a sua adequação à utilização pretendida pelo consumidor, ao melhor custo e de modo a satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas. É uma característica inerente a qualquer sistema e os cuidados de saúde não são excepção. Bentes et al (1994) define-a como o grau em que os cuidados de saúde prestados aumentam a probabilidade de obtenção de resultados desejáveis, sendo consistentes com os conhecimentos actuais. O que parece evidente e de acordo com os mesmos autores é que se destacam de forma explícita duas dimensões clássicas da qualidade: o processo e o resultado.

Bentes et al (1994) considera que apesar do maior rigor de análise desta qualidade em termos do processo, na determinação das etapas e passos efectuados, o resultado assume maior relevância na perspectiva dos consumidores e pagadores pois é mais objectivo e significativo. Contudo, com a análise da informação de rotina, que faz parte do processo, podemos utilizar indicadores de resultado que beneficiam o custo a efectividade, a agregação e a comparabilidade.

Uma das formas de desenvolver e aplicar com consistência estes indicadores é através da utilização de sistemas de classificação de doentes.

5.1. A GESTÃO DA INFORMAÇÃO – SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES

Na saúde a informação é fundamental, útil e necessária às diversas funções e profissionais e aos diversos níveis da instituição. É por isso importante que existam sistemas capazes de reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que a desejam utilizar. Optimizar o fluxo de informação numa instituição de saúde deve ser encarado como estratégia fundamental para a melhoria de cuidados prestados ao cidadão (Sousa, 2006). O grande desafio para os profissionais centra-se no processo de recolha e transformação dos dados em informação e essa informação em conhecimento. Angeloni (2003) defende que o

conhecimento pode ser considerado como a informação processada pelos indivíduos e que condiciona os processos de comunicação e de tomada de decisão nas organizações.

“Torna-se necessário interligar e articular as múltiplas peças e recursos já existentes, num sistema de informação de saúde coerente e funcional para que possam ser tomadas decisões correctas em todos os níveis de saúde.” Ministério da Saúde (1998).

Partilhando da articulação entre a gestão da informação e a gestão do conhecimento com finalidade de apoiar e gerar decisões, os sistemas de classificação de doentes constituem um sistema de informação para a gestão das organizações podendo ser aplicado aos diferentes níveis da estrutura: estratégico, tático e operacional.

Os sistemas de classificação são um método de atribuir, pela informação recolhida, objectos a um número finito de classes com um objectivo pré-definido. Um sistema de classificação de doentes é aquele em que os objectos são doentes ou episódios de doença e em que o objectivo é o de tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças e permitir que os que pertencem à mesma classe sejam tratados de modo semelhante (Urbano e Bentes, 1990). O mesmo autor refere que embora seja importante considerar que cada doente é único e não é uma classe ou categoria, para a gestão hospitalar é importante a identificação de semelhanças entre doentes. Esta comparação permite agrupar características demográficas, diagnósticos e terapêuticas que determinam níveis de consumo. Pois se é possível identificar grupos de doentes com características semelhantes, então é possível obter um sistema de classificação que permita conhecer e gerir os produtos do hospital.

O desenvolvimento de sistemas de classificação de doentes resultado de uma investigação nos EUA durante a década de 70 e início da década de 80, veio viabilizar a ideia de descrição dos produtos de um hospital em termos de doentes internados que são semelhantes relativamente a um conjunto de variáveis. Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDHs) como vieram a ser conhecidos em Portugal, consiste num sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista de consumo de recursos, construídos a partir de informações com características diagnosticas e de perfis terapêuticos que definem o seu consumo de recursos no hospital (Urbano e Bentes, 1990). Este sistema permite

descrever operacionalmente os produtos do hospital a partir das características dos doentes que recebem um conjunto similar de bens e serviços hospitalares. O mesmo autor considera que desta forma é possível aos hospitais ter um maior conhecimento do custo e do perfil dos seus doentes, sendo este sistema importante na comunicação entre gestores e profissionais de saúde, uma vez que expõe as consequências financeiras e as características clínicas associadas e que influenciam o consumo de recursos. Desta forma os hospitais são pagos de uma forma mais equitativa de acordo com a complexidade dos doentes que tratam.

O modelo de financiamento por GDHs não se pode desenquadrar do contexto e dos objectivos do sistema de saúde em que se desenvolve e a análise do seu impacto não se pode dissociar dos condicionalismos da respectiva implementação. A adopção destes princípios de revisão e utilização de informação compreende ganhos de qualidade por permitir comparações entre situações semelhantes podendo ser relevante em questões de custo – efectividade (Bentes et al, 1994).

Existe porém uma incapacidade para compreender estas possibilidades de inovação que derivam da qualidade da informação produzida e para a aplicar nos contextos de cuidados, que é demonstrada pelos profissionais de saúde (Pelletier & Diers citados por Sousa, 2006). O aumento crescente do volume de dados e informação é reflexo directo de uma maior complexidade das organizações e da sociedade em geral. É necessário que os profissionais de saúde, e especificamente os enfermeiros, adquiram capacidade de aceder, analisar e apresentar esta informação para a eficiência da gestão dos cuidados e para manter a influência que a enfermagem tem tido e deverá continuar a ter no contexto dos cuidados de saúde (Pelletier & Diers citados por Sousa, 2006).

Na gestão em enfermagem o conhecimento tem por base três pilares ou fontes primárias, nomeadamente os modelos e teorias de enfermagem, as teorias de gestão e as teorias de liderança (Huber, 2000). Segundo a autora, é da combinação criativa e inovadora destes três saberes que a gestão em enfermagem se desenvolve com o objectivo de na prática organizar, coordenar e supervisionar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os departamentos de enfermagem devem definir, implementar e manter um sistema para determinar os cuidados requeridos pelo paciente de acordo com as suas necessidades, intervenções de enfermagem adequadas e prioridade de cuidados (Hoffman, 1989). Para Perrota e Gaidzinski (2002), o sistema de classificação permite identificar as necessidades dos pacientes, orientar a dotação de recursos de enfermagem e fornecer dados estatísticos para a direcção. Desta forma, estes indicadores podem ser utilizados na defesa dos interesses deste grupo profissional na admissão de novos recursos, na obtenção de dados referentes à qualidade dos cuidados e serviços prestados e na orientação das tomadas de decisão estratégicas.

Segundo Kurcgant et al (1991), a dotação de pessoal é uma das actividades da gestão dos recursos de enfermagem que visa estabelecer de forma quantitativa e qualitativa as necessidades de enfermagem para a prestação de cuidados para um determinado número de doentes. Hurst (2002) considera que existem um conjunto de métodos de cálculo do número de enfermeiros necessários, de onde se destacam os **juízos profissionais** baseados na experiências dos profissionais, sem referência à qualidade dos cuidados, o **número de enfermeiros por cama ocupada** onde é feito o cálculo do rácio enfermeiro/cama, sem considerar as alterações dos níveis de dependência dos doentes. O **método de avaliação da dependência de cuidados/qualidade** cuja previsão faz-se de acordo com o número de doentes, seus níveis de dependência e nível de qualidade de cuidados mínimo, sugerindo a utilização de um sistema informático, o **tempo gasto em actividades de enfermagem** que tem por base a observação dos postos de trabalho de enfermagem ao longo dos turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), onde é possível contabilizar o total de horas dispendidas naquele serviço, e o **método de análise de regressão** onde através desta análise se é capaz de avaliar em que proporção os diferentes factores, (número de camas ocupadas, número de admissões planeadas, ...) podem influenciar o número de enfermeiros.

Em Portugal, devido à inexistência de um instrumento de medida das necessidades efectivas dos doentes em cuidados de enfermagem para uma análise precisa e detalhada da dotação deste grupo profissional, integrado no programa “sistemas de informação para a gestão dos serviços de saúde – SIGSS”, foi desenvolvido desde 1984, um sistema de avaliação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de

enfermagem (Veiga, Simões e Campos, 2000). Segundo a autora, este sistema consiste na categorização de doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades de enfermagem e tendo como objectivos: otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planear cuidados a prestar, gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço, identificar as necessidades em recursos de enfermagem e adequar a dotação dos quadros de pessoal. A dos SCD/E, é desenvolver um sistema de informação que permita a gestão racional dos recursos humanos, otimizando os recursos de enfermeiros disponíveis.

Anderson (1983) considera que os sistemas de classificação visam fornecer dados para uma decisão oportuna e adequada para intervir na produtividade. Porém, este sistema só por si não influencia esta produtividade, mas sim as pessoas que o utilizam, nem resolve o problema da escassez de pessoal apenas permite uma distribuição mais eficiente dos recursos.

O SDC/E desenvolvido no nosso país utilizou na sua construção a metodologia GRASP System (Grace Reynold Application and Study of Peto) originário dos Estados Unidos. As etapas de construção deste sistema SCD/E foram a identificação das actividades de enfermagem em cuidados directos e indirectos, a definição dos níveis de dependência e as variantes de intervenção, estudos de amostragem sobre o impacto e a percentagem representativa dos cuidados de enfermagem, determinação da tempo padrão para a prestação de cuidados directos e indirectos e a construção de uma tabela de conversão da pontuação obtida em tempo total de cuidados necessários (Veiga, Simões e Campos, 2000). Este sistema consiste na classificação, ou seja *“na avaliação da dependência do doente em actividades de enfermagem através do quadro de classificação de doentes e na determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais com um atendimento personalizado e dentro de certos padrões de qualidade.”* (Veiga e Abrantes, 1995:14).

A implementação deste sistema de classificação de doentes em Portugal compreendeu diferentes etapas. Segundo Veiga et al (1987) iniciou-se numa primeira fase a definição das principais actividades de cuidados directos de enfermagem e diferentes níveis de dependência, depois determinou-se a percentagem de cuidados directos definidos, seguida da determinação dos tempos padrão por níveis de dependência, da frequência de

prestação de cuidados directos num período de 24 horas, da construção e experimentação do protótipo do Quadro de Classificação de Doentes e identificação das actividades de cuidados indirectos e determinação do tempo padrão. Na definição das principais actividades de enfermagem incluíram-se a higiene e cuidados pessoais, alimentação, movimentação, eliminação, terapêutica, tratamentos, sinais vitais, actividades especiais e avaliação e planeamento de cuidados. Na definição dos diferentes níveis de dependência foram identificados o independente, ajuda parcial, ajuda total, e ajuda total com cuidados especiais. Estas definições tiveram por base o facto de serem comuns a todos os doentes, decorrerem de prescrições dependentes e interdependentes, terem grande impacto no trabalho dos enfermeiros e estarem relacionadas com o âmbito dos cuidados de enfermagem (DDSG, 1986).

Numa segunda fase do processo de implementação deste sistema de classificação de doentes desenvolveu-se a aplicação do projecto nas unidades piloto, a definição de normas e circuitos de informação, o desenvolvimento de um sistema de auditoria interna às classificações com o objectivo de garantir a fiabilidade dos dados, e um sistema de auditoria externa com a finalidade de analisar necessidades de melhoria, validar os dados da auditoria externa e contribuir para a garantia da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (DDSG, 2005).

A classificação por tipo de cuidado é efectuada diariamente na folha de classificação de doentes (Anexo II) reflectindo a evolução e as alterações nas necessidades verificadas, sendo esta realizada até às 15 horas desse mesmo dia. Os valores de pontuação atribuídos, pela identificação dos níveis de dependência dos doentes nas diferentes actividades, somam-se e através de uma tabela de conversão são transformados em HCN (Horas de Cuidados Necessárias). O enfermeiro chefe elabora um registo diário das HCP (Horas de Cuidados Prestados) das últimas 24 horas, o número de doentes existentes e as possíveis entradas, o número de HCN de enfermagem no serviço, as HED (Horas de Enfermagem Disponíveis) calculando a variação entre HCN e HED. Este relatório é enviado ao enfermeiro director sendo-lhe possível determinar por unidade de internamento dias médios de internamento, HCN, HCP, taxa de utilização do pessoal de enfermagem, permitindo perceber o número de enfermeiros necessários por unidades de cuidados ao nível de toda a organização. Estes dados permitem perspectivar

políticas de dotação de enfermeiros, com base na evidência, para as administrações hospitalares (DDSG, 2005).

Segundo o relatório do DDSFG – IGIF (2004), este sistema de classificação de doentes é aplicado em 280 unidades de cuidados com uma produção de dados que ronda os 15 milhões de registos. A participação das organizações nesta operacionalização do sistema é facultativa e gratuita sendo a aplicação informática facultada pelo IGIF, podendo existir para as organizações alguns custos indirectos na formação dos profissionais.

Esta informação diária permite planear e gerir os recursos e beneficia a garantia da qualidade dos cuidados. As horas de cuidados requeridas são comparadas com as horas de cuidados disponíveis permitindo uma gestão flexível entre serviços ou mesmo a contratação de novos recursos. As horas de cuidados prestados são relacionadas com o número de doentes internados, o que permite determinar a taxa de utilização de recursos e verificar necessidades (Veiga, Simões e Campos, 2000).

A utilização deste sistema tem influenciado as organizações envolvendo os enfermeiros na gestão de cuidados, disponibilizando para a gestão e administração informação relevante para a gestão de recursos optimizando e evitando desperdícios numa perspectiva de qualidade numa época de contenção financeira (Veiga, Simões e Campos, 2000).

A sua utilização tem um impacto na produção de informação estruturada e actualizada, optimização e gestão dos recursos de enfermagem e produção de indicadores de qualidade e eficiência, melhoria da autonomia e aumento da responsabilização das equipas numa perspectiva de motivação profissional, medição análise e melhoria (Simões e Santos, 2003).

A evidência produzida por este sistema de classificação articula áreas como a qualidade, o processo de enfermagem, adequação de recursos, auditorias de qualidade, avaliação de desempenho, formação e grupos de diagnóstico médico. O seu impacto operacionalizou-se na actualização, pelo Departamento de Modernização e Recursos de

Saúde (2002), da fórmula do cálculo das necessidades de pessoal de enfermagem que com a introdução do indicador HCN/DI.

No entanto, nenhum sistema de classificação de doentes é capaz de prever em absoluto os recursos necessários para o turno seguinte, pois não controla os *inputs* (admissão de doentes) nem consegue prever quando é que as condições dos doentes aumentam a carga de trabalho de enfermagem. Contudo é relevante o impacto deste sistema na melhoria dos cuidados prestados, na adequação dos recursos às necessidades, na melhoria da comunicação na equipa que presta cuidados e na uniformização da terminologia utilizada.

Depois da abordagem a diversos sistemas de aglomerar e racionalizar recursos humanos e financeiros através da informação conclui-se que o SCD/E e os GDHs, têm diferentes objectivos e pressupostos necessitando de dados de natureza e especificidade distinta, mas entre os dois compreendem uma base comum: o mesmo processo clínico. Desta forma, a relação entre ambos permite obter informação capaz de questionar e averiguar se o maior ou menor consumo de cuidados de enfermagem é em função da patologia, idade, sexo, procedimentos..., e em que momentos do internamento existem mais necessidades desses cuidados e quais os cuidados que necessitam de mais tempo (Veiga e Abrantes, 1995).

Strickland (1997) defende que na enfermagem, como em outra qualquer disciplina, não se pode estudar bem aquilo que não se pode medir bem, sendo que do mesmo modo, não se pode gerir bem aquilo não se conhece bem. A gestão do trabalho de enfermagem, não deve rotinizar-se em suposições, crenças ou no habitualmente considerado, mas no conhecimento informado das verdadeiras necessidades e perspectivas dos recursos que gere, para uma eficaz e eficiente resposta na produtividade e ganhos para a saúde da população.

CAPÍTULO VI – PLANEAMENTO E ORGANIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

A pertinência de um método de análise não pode ser julgado noutra sentido que não o do ajustamento à situação em causa, aonde é essencial para um plano de pesquisa e sua explicitação (Ferreira, 2005). Reconhecendo a especificidade e complexidade do tema em estudo e a relação entre os vários conteúdos que o fundamentam, procura-se aqui fazer uma abordagem precisa e detalhada do processo metodológico que orientou este estudo a abordagem que orienta o enquadramento deste estudo, de forma a garantir a coerência da descrição de todos os passos deste processo. Segundo Grawitz (2001) toda a investigação deve usar processos rigorosos, bem definidos, transmissíveis, adaptados ao tipo de problema e aos fenómenos em estudo. O desenvolvimento e a execução de uma investigação têm sempre por objectivo obter resposta a algumas questões tendo por base a aplicação de métodos científicos. Esta metodologia científica de organização e planeamento da investigação pode ser entendida como uma arte de aprender a descrever, analisar e trabalhar os pressupostos de uma investigação de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los (Almeida e Pinto, 1995). Barañano (2004) define-a como a análise sistemática e crítica dos pressupostos, princípios e procedimentos lógicos que moldam a investigação de um determinado problema.

O investigador tem a responsabilidade de assegurar a conclusão da investigação a que se propõe, sendo importante ser capaz de executar e aplicar o método de trabalho que lhe possa permitir conclusões reais e elucidativas. Muitas dificuldades sentidas no planeamento e elaboração desta investigação têm origem nesta adequação científica de questões metodológicas. É o conjunto de ensinamentos práticos em ordem à confecção de um trabalho científico, isto é, tal que contribui para o avanço das ciências, ou aquisição de novas verdades científicas. A investigação no interesse de quem a realiza deve aumentar e desenvolver conhecimentos sobre fenómenos e obter resultados que possam ser utilizados nas tomadas de decisões práticas ou na melhoria e implementação de programas com preocupações comuns nas implicações deste processo. (Escoval, 2003)

6.1. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Na tentativa de compreender a problemática envolvida e definida pela questão de partida motivadora deste trabalho foram definidos os seguintes objectivos orientadores para o estudo:

- Descrever as características sócio-demográficas da amostra em estudo num hospital de agudos em doentes de medicina e cirurgia.
- Analisar as acções de enfermagem face aos diagnósticos médicos;
- Descrever as intervenções autónomas e interdependentes por diagnóstico médico;
- Analisar a despesa em cuidados de enfermagem por diagnóstico médico;
- Relacionar a distribuição das acções de enfermagem ao longo dos dias de internamento;

As perguntas de investigação surgem da necessidade de aquisição de conhecimento em algumas áreas específicas e são fulcrais para que o investigador direcione todo o processo de pesquisa, de uma forma planeada e eficiente. Deste modo são enunciadas as seguintes questões para este estudo:

- *Qual a relação do Diagnóstico Médico com as Acções Autónomas de Enfermagem?*
 - *Quais os diagnósticos médicos com mais intervenções Autónomas de Enfermagem que requerem ajuda total?*
 - *Será que há relação entre o diagnóstico médico e as Acções Autónomas de Enfermagem?*
 - *Haverá diferenças significativa nos três momentos de avaliação (1º dia, dia médio de internamento e dia da alta) as Acções Autónomas de Enfermagem?*
 - *Será que as horas de cuidados de enfermagem influenciam os custos globais por diagnóstico médico?*
- Será que há relação entre o grupo de diagnóstico com custo mais elevado e as horas de cuidados de enfermagem?*

6.2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Os métodos utilizados no desenvolvimento do estudo compreendem formalizações e procedimentos particulares do percurso que são adaptados aos fenómenos e domínios que se pretendem estudar, e dependem da natureza do próprio estudo e do tipo de informação que se pretende obter (Bell, 1997). A utilização de métodos quantitativos está essencialmente associada ao objectivo de generalização de resultados a uma determinada população em estudo a partir da amostra, ao estabelecimento de relações causa-efeito e à previsão de fenómenos. Pretende-se encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo à estatística e testar teorias (Carmo e Ferreira, 1998). Os métodos qualitativos assumem uma sensibilidade na percepção dos contextos e dos significados que os sujeitos assumem perante a realidade em estudo. A investigação assume uma captação da subjectividade dos fenómenos em estudo, através do envolvimento e participação dos sujeitos cujas perspectivas, visões e quadros de referência necessitam de ser compreendidas para que possam ser interpretadas ou exploradas (Moreira, 1994).

Para Bogdan e Biklen (1998), este método baseia-se na compreensão da realidade pelos sujeitos no seu mundo social, é um esforço para entender situações únicas em contextos particulares sob a perspectiva dos seus actores evidenciando processos, sentidos e conhecimentos. Carmo e Ferreira (2003), referem que um investigador para melhor desenvolver um problema não tem que aderir rigidamente a um dos destes métodos, podendo para uma melhor compreensão das realidades e dos fenómenos em estudo combinar a sua utilização.

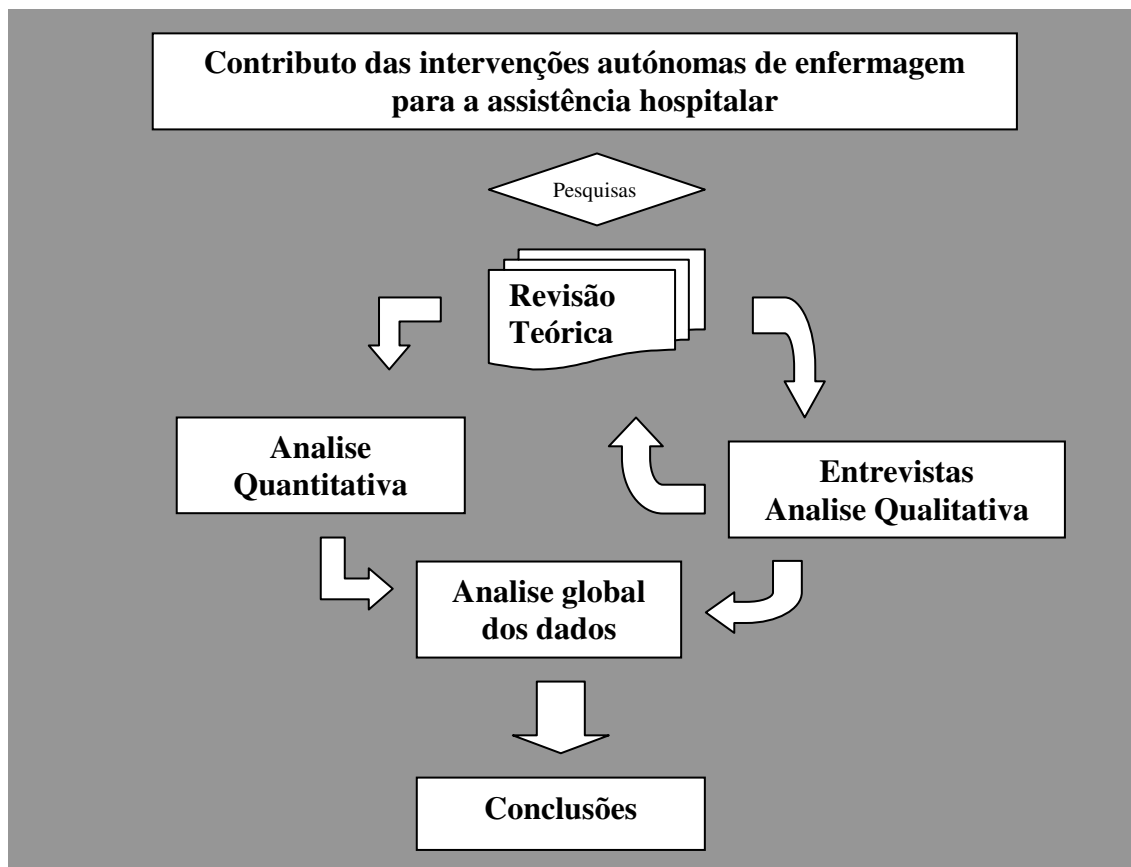
Patton (1990) citado por Carmo e Ferreira (2003), afirma que uma forma de tornar a investigação mais “sólida” é através da combinação de metodologias designada por triangulação. Segundo Greene et al (1989) citados por Escoval (2003), defendem que todos os métodos têm limitações, e a utilização da triangulação confere validade ao estudo, sendo contudo fundamental que o objectivo da sua utilização compreenda a análise dos mesmos fenómenos. *“A lógica da triangulação é que cada método revela diferentes aspectos da realidade empírica e conseqüentemente devem utilizar-se diferentes métodos de observação da realidade.”* Carmo e Ferreira (2003:184).

Assim tendo presente a problemática do objecto em estudo, consideramos que esta investigação tem características predominantemente exploratórias, descritivas e relacionais pois segundo Bogdan e Biklen (1998), estas potenciam a aquisição de conhecimentos pouco elaborados ou escassos, o estabelecimento de prioridades, o desenvolvimento de hipóteses para futuras investigações ou experiências em torno de determinado problema e visam descobrir associações e relações entre variáveis para um conhecimento mais completo e preciso do problema (Gil, 1999).

Ocorre na medida da conceptualização anterior, para uma melhor compreensão e exploração dos fenómenos, uma triangulação de métodos e análises. O desenho desta investigação compreende os pressupostos defendidos na caracterização, definição e adequação do tipo de estudo à problemática da investigação.

Assim o percurso de investigação desenvolvido compreende a seguinte esquematização:

DIAGRAMA 6.2.1. DESENHO DO PERCURSO DE INVESTIGAÇÃO



Depois de definido o objecto geral da nossa investigação e equacionadas as questões para as quais gostaríamos de encontrar resposta, iniciamos a nossa pesquisa que se orientou pela revisão bibliográfica e exploração de trabalhos de investigação de outros autores sobre os conceitos em estudo, com o intuito de definir a base teórica de referência para a investigação.

Numa segunda fase, tendo em conta a operacionalização dos conceitos teóricos, reflectimos sobre o modelo de investigação, vindo a optar, como já referido anteriormente, por uma investigação triangular. Segundo Polit (1995:277): “...*muitas áreas de indagação podem ser enriquecidas, através da mistura de dados qualitativos e quantitativos – a saber, a realização de pesquisas multimétodos. Existem muitas vantagens notáveis na combinação de vários tipos de dados em uma única investigação.*”

Começamos por realizar entrevistas a peritos numa perspectiva de compreensão e contextualização dos fenómenos no sentido de perceber os contributos da enfermagem para ganhos em saúde. Neste percurso consideramos pertinente esta abordagem qualitativa, pois tal como que refere Polit (1995:18) “...*o uso de um método qualitativo: tenta compreender a totalidade de determinado fenómeno, mais do que focalizar em conceitos específicos: tenta capitalizar o sujeito como um meio de compreender e interpretar as experiências pessoais; analisa as informações narradas de uma forma organizada, mas intuitiva...*”. Na tentativa de compreender até que ponto o trabalho dos Enfermeiros pode contribuir para Ganhos em Saúde procuramos obter através da utilização de uma estratégia qualitativa, essencial na compreensão dos contextos dinâmicos, únicos e holístico em que vivem as pessoas, um conjunto de inferências sentidas e percebidas pelos enfermeiros sobre a problemática em estudo. Esta abordagem impulsionadora da recolha destes dados tinha como objectivo geral perceber na pessoa do prestador de cuidados o seu contributo para o desenvolvimento da Enfermagem e as implicações destes cuidados para a assistência em saúde, daqui decorrem os seguintes objectivos específicos:

- Avaliar as opiniões dos enfermeiros de vários contextos face aos contributos para ganhos em saúde;

- Descrever acções autónomas de enfermagem que contribuem para ganhos em saúde;
- Relacionar as opiniões face aos contributos identificados pelos enfermeiros;
- Identificar as áreas de ganhos em saúde a partir dos discursos dos enfermeiros;
- Compreender a conceptualização que os enfermeiros fazem dos ganhos em saúde;
- Confrontar os achados com a abordagem conceptual desenvolvida.

Depois de devidamente autorizados pela Direcção do Hospital face à natureza do estudo tivemos que ter em conta algumas considerações éticas para o desenvolvimento do mesmo. Na primeira fase tivemos em consideração o consentimento informado dos participantes e numa segunda fase solicitamos autorização à Comissão Nacional de Protecção de Dados, tendo dado início ao estudo apenas após estas devidas autorizações.

6.3. DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

As questões e os objectivos de um estudo identificam as variáveis a serem observadas ou medidas, que poderão assumir diferentes classificações de acordo com a sua natureza, utilização e metodologia do estudo. Estas são constituídas por conceitos que têm definições gerais que é necessário esclarecer de forma precisa. Por isso o investigador deve operacionalizá-los, dando-lhe um sentido facilmente observável, que permita avaliar e medir. A descrição destas variáveis deve compreender os conceitos teóricos em estudo e orientar a adequação dos instrumentos utilizados. Consideram-se nesta investigação, segundo Almeida (1997) variáveis independentes que quando manipuladas ou simplesmente observadas têm efeitos sobre outras variáveis consideradas dependentes cujo valor é influenciado pelas anteriores. São ainda definidas outras variáveis (variáveis sociodemográficas) que têm por objectivo principal a caracterização sociodemográfica da população. (Aguiar, 2001) De seguida são apresentadas as variáveis em estudo:

- Intervenientes

Características sociodemográficas dos doentes (Idade e Sexo)

- Independentes

DGH (Grupos de Diagnostico Homogéneos)

Custos de Pessoal de Enfermagem

Dias de internamento

Custos de Farmácia

Custos Directos

_ Dependentes

Intervenções Autónomas

Intervenções Interdependentes

As variáveis são conceitos que têm definições gerais que é necessário esclarecer de forma precisa. Por isso o investigador deve operacionalizá-los dando-lhes um sentido observável que os permita avaliar e medir.

TABELA 6.3.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO
GDHs	Grupo de diagnósticos Respiratório, Oncológico, Outros, Digestivo, Vascular, Infeccioso e Ortopédico
Custos Pessoal de Enfermagem	Expresso em euros
Dias de Internamento	Expresso em dias
Custos de Farmácia	Expresso em euros
Custos Directos	Expresso em euros
Custos Totais	Expresso em euros

Das variáveis independentes os “GDHs” são variáveis nominais que emergem da avaliação clínica sendo registadas e observadas no processo clínico do doente. O “Custo de Pessoal de Enfermagem” é uma variável escalar cujo valor é expresso em euros sendo calculada com base na folha de classificação de doentes através do produto entre o HCN e o valor médio considerado a partir da tabela salarial de enfermagem da função pública. A variável “Dias de Internamento” é uma variável escalar observada a partir do processo clínico do doente. A variável “Custo de Farmácia” é uma variável escalar cujo valor é expresso em euros observada nos registos da farmácia do hospital. A variável “Custos Directos” é uma variável escalar cujo valor é expresso em euros e resulta de um valor médio das despesas por serviço em hotelaria e outros recursos materiais. A variável “Custos Totais” é uma variável escalar cujo valor é expresso em euros e resulta da soma entre as variáveis “Custo de Pessoal de Enfermagem”, “Custo de Farmácia” e “Custos Directos”.

De seguida apresentamos a operacionalização das variáveis dependentes em estudo.

TABELA 6.3.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEPENDENTES

VARIÁVEL	OPERACIONALIZAÇÃO
Acções Autónomas de Enfermagem	Higiene, Alimentação, Eliminação, Movimentação e Actividades Especiais
Acções Interdependentes	Terapêutica, Tratamentos, Sinais Vitais
Acções de Organização	Avaliação e Planeamento de Cuidados

Das variáveis dependentes a variável “Acções Autónomas de Enfermagem” é uma variável ordinal considerada a partir do quadro de classificação de doentes e analisada em três dias do internamento. A variável “Acções Interdependentes” é uma variável ordinal considerada a partir do quadro de classificação de doentes e analisada em três dias do internamento. A variável “Acções de Organização” é uma variável ordinal considerada a partir do quadro de classificação de doentes e analisada em três dias do internamento.

Das variáveis seleccionadas consideramos como acções autónomas de enfermagem a higiene, a alimentação, a movimentação, a eliminação e as actividades especiais, pois são acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (REPE, 1996). Como acções interdependentes consideramos a terapêutica, os tratamentos e a avaliação de sinais vitais pois são acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (REPE, 1996). Por último, mediante a folha de classificação, a acção de enfermagem avaliação e planeamento de cuidados foi considerada como actividade de organização.

Do estudo qualitativo emergiram categorias e subcategorias que representam uma análise de interpretação dos discursos e com a identificação das unidades de registo que se expressam pela natureza metodológica no capítulo da apresentação de dados.

6.4. TÉCNICAS DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

Segundo o objectivo perseguido, uma investigação pode seguir diferentes itinerários, sendo que a argumentação definida terá de sustentar-se na informação recolhida e produzida a partir dos dados analisados. A qualidade das informações e conclusões é directamente influenciada pelo rigor seguido na recolha destes dados (Barañano, 2004). As técnicas de investigação “...são procedimentos operatórios rigorosos, bem definidos, transmissíveis, susceptíveis de serem novamente aplicados nas mesmas condições, adaptados ao tipo de problemas e aos fenómenos em causa.” (Carmo e Ferreira, 1998:175). A escolha destas técnicas depende dos objectivos que se pretendem atingir.

Este trabalho compreende dois tipos de recolha de dados: uma recolha de dados qualitativos e uma recolha de dados quantitativos que são contextualizados de seguida.

6.4.1. PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

A decisão sobre o instrumento a utilizar neste momento do estudo foi conseguida depois de alguma reflexão onde percebemos que a entrevista era o que melhor se adequava aos objectivos delineados. Tal como nos diz Hébert (1994) a entrevista permite ao observador confrontar a sua percepção do significado atribuído pelos sujeitos aos acontecimentos e o foco do nosso estudo é a opinião e ideias dos observados. Os dados foram colhidos no decurso de entrevistas semi estruturadas que compreendiam dois momentos: um de consentimento do profissional entrevistado, e de introdução às motivações e objectivos do estudo, e uma outra em que compreendia a resposta a um conjunto de questões que muitas vezes não respeitavam uma ordem ou sequência, pois o entrevistado seguia o seu discurso de forma espontânea falando das suas vivências, experiências e percepções. As questões organizadas eram apenas orientadoras de forma a incentivar o discurso dos intervenientes, num enquadramento relevante para o nosso estudo, das quais faziam parte: Para si o que é Enfermagem?; O que entende por Ganhos em Saúde?; Que Ganhos em Saúde podem ocorrer com os cuidados de Enfermagem?; Dê exemplos de situações/ casos que tenha vivenciado e que sinta que ocorreram ganhos para os clientes/doentes/utentes; Dê exemplos de Acções Autónomas de Enfermagem que contribuam para Ganhos em Saúde; Que actividades desenvolve diariamente para a promoção da saúde dos clientes/doentes/utentes?; Na sua opinião como se pode medir os ganhos em saúde para os quais os enfermeiros contribuem? As entrevistas eram gravadas, pelo que se seguia uma fase de transcrição. Depois da colheita de dados, desenvolvemos a fase de análise:

- Identificação de domínios de codificação aberta, segundo as perguntas consideradas;
- Identificação taxionómica com a codificação e enumeração das diferentes categorias e subcategorias e dimensões;

- Síntese de todas as unidades de significância em que serão descritos de forma sistemática os propósitos dos participantes (Fortin, 1999).

Finalizada esta fase de colheita de dados partilhamos algumas das críticas de Polit (1995) sobre os auto-relatos, no que se refere ao controlo do tempo disponível e o tamanho da amostra de forma a atribuir um conteúdo de significância aos elementos analisados. Contudo, do desenvolvimento desta análise sentimos que a amostra assumida não limitou os dados que pretendíamos recolher

Os dados quantitativos foram colhidos com base numa grelha de observação criada a partir da revisão teórica efectuada e considerando a disponibilidade dos registos dos profissionais de um Hospital de nível 1.

6.5. AMOSTRA

A decisão sobre a amostra a considerar para responder aos objectivos definidos, após algumas considerações sobre as necessidades e considerações significativas, compreendeu alguns aspectos que passamos a considerar, dependendo do tipo de abordagem efectuada. Assim, considerando a especificidade dos resultados e das considerações que pretendíamos obter, este estudo compreende duas populações com uma amostragem diferente de acordo com a natureza da fase do estudo.

Na abordagem qualitativa face à intenção e aos objectivos os participantes foram seleccionados a partir de enfermeiros que pela sua experiência se tornaram informadores chave. Os enfermeiros tornaram-se participantes deste estudo porque tinham funções e graus profissionais distintos e em diferentes âmbitos de intervenção, que pelo reconhecimento público demonstraram ser uma mais valia para as suas organizações. Nas opções tomadas tivemos sempre em consideração que a amostra não é representativa, no sentido estatístico, mas sobretudo representativa de cada uma das experiências, das formas de interacção ou das situações que temos em estudo (Fortin, 1999). Neste sentido considerámo-la, de forma a responder aos nossos objectivos, de conveniência, compreendendo como critérios de selecção: aceitar participar no estudo;

pertencer à carreira da função pública; ser reconhecido pelo trabalho que desenvolvem no seu local de trabalho e trabalharem há mais de 5 anos.

Os participantes foram seis enfermeiros (3 homens e 3 mulheres), com idades compreendidas entre os 28 e os 51 anos. De acordo com a categoria profissional dos participantes, dois eram enfermeiros graduados, 1 enfermeiro especialista, 3 enfermeiros chefes e 1 enfermeiro director. Os anos de serviço variaram entre os 6 anos e os 24 anos. Estes participantes exerciam funções em contextos de trabalho distintos tais como, hospital, comunidade, ensino e em gestão e administração hospitalar. No que se refere às habilitações académicas, dois dos participantes eram licenciados e quatro eram pós graduados com o curso de especialidade em enfermagem.

Na abordagem quantitativa do estudo a população em estudo serão doentes internados num hospital de nível 1. A amostra deste estudo será aleatória, compreendendo um número de casos, retirados de dois em dois, até perfazer o proporcional 10% do número de casos mensais de internamento. Sendo que é relevante para a recolha de dados, as notas de enfermagem do 1º dia de internamento, do dia médio e do último dia de internamento, e as folhas de classificação de doentes dos dias referidos anteriormente, por caso. São ainda relevantes para o estudo dados biográficos como idade, sexo, e ainda o diagnóstico médico inicial. Serão recolhidos também por caso da amostra o custo de farmácia e custo directo (hotelaria, materiais consumíveis e administrativos).

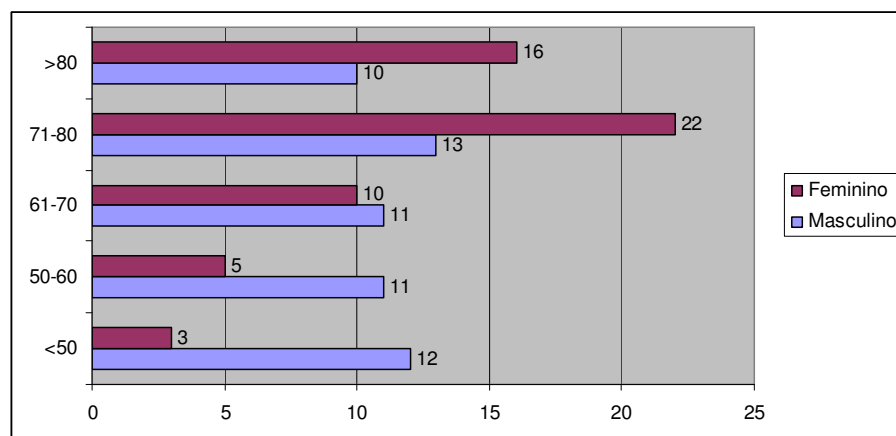
A amostra será constituída por doentes internados no serviço de Medicina e Cirurgia de um Hospital de nível 1.

QUADRO 6.5.1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR IDADE E GÉNERO

Idade em Classes	genero		Total
	Masculino	Feminino	
<50	12 10,6%	3 2,7%	15 13,3%
50-60	11 9,7%	5 4,4%	16 14,2%
61-70	11 9,7%	10 8,8%	21 18,6%
71-80	13 11,5%	22 19,5%	35 31,0%
>80	10 8,8%	16 14,2%	26 23,0%
Total	57 50,4%	56 49,6%	113 100,0%

Da análise do quadro 6.5.1 verificamos que dos 113 casos em estudo 57 (50,4%) pertencem ao sexo masculino e 56 casos (49,6%) ao sexo feminino. Encontrámos 15 casos, 12 homens (10,6%) e 3 mulheres (2,7%) correspondendo a 13,3% da amostra com idade inferior a 50 anos. Com idade compreendida entre 50 e 60 anos temos 16 casos, 11 homens (9,7%) e 5 mulheres (4,4%) correspondendo a 14,2% da amostra, com idades entre 61 e 70 anos temos 21 casos (11 homens, 9,7%; 10 mulheres, 8,8%) correspondendo a 18,6% da amostra, com idade compreendidas entre 71 e 80 anos temos 35 casos (13 homens, 11,5%; 22 mulheres, 19,5%) correspondendo a 31% da amostra e com idades superiores a 80 anos temos 26 casos (10 homens, 8,8%; 16 mulheres, 23%) correspondendo a 23% da amostra. A maioria dos casos pertence à faixa etária compreendida entre os 71 e os 80 anos (35;31%)

GRÁFICO 6.5.1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR GÉNERO E POR CLASSES DE IDADE



Tendo em conta o quadro 6.5.2, ainda relativamente à idade podemos dizer que a média é de 69,38 sendo que a idade mínima é de 20 anos e a idade máxima é de 96 anos, com um desvio padrão de 15,5.

QUADRO 6.5.2. VARIAÇÃO DA AMOSTRA NA IDADE

	N	Idade Mínima	Idade Máxima	Média	Desvio Padrão
Feminino	56	34	96	74,30	13,02
Masculino	57	20	94	64,54	16,30
Total	113	20	96	69,38	15,50

Observamos ainda pela análise do quadro 6.4.2 que a média de idades para os casos do sexo feminino é 74,30, sendo bastante superior à média de idades do sexo masculino é 64,54, havendo uma diferença de aproximadamente 10 anos entre os dois géneros.

CAPÍTULO VII – ANÁLISE DE DADOS

Com o objectivo de clarificar os principais conceitos em estudo utilizamos para análise dos dados recolhidos, algumas técnicas de análise de informação, com o objectivo de garantir melhores e mais consistentes resultados, pois trabalhamos uma realidade complexa com grande exigência de precisão e de verdade nos resultados apresentados. Deste modo apresenta-se a análise dos dados recolhidos subdividida em duas componentes. A análise qualitativa das entrevistas realizadas a peritos e a análise estatística dos dados observados a nível hospitalar.

7.1. ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVOS DAS ENTREVISTAS A PERITOS

Ao apresentar estes dados, partilhamos do que nos refere Polit (1995:271) ao abordar a tradição da pesquisa qualitativa, *“aprender a partir dos membros de um grupo cultural – a compreender sua visão de mundo tal como eles a definem”*. Utilizamos para análise dos dados das entrevistas a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2000), é a inferência que permite a passagem da descrição e interpretação enquanto atribuição de sentido, às características do material, as quais foram levantadas, enumeradas e organizadas. Esta análise, segundo a mesma autora, enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. Pode ser utilizada em pesquisas que se refiram a qualquer um dos métodos de investigação empírica, com a vantagem de funcionar como uma técnica não obstrutiva exigindo uma adaptação aos objectivos pretendidos e uma maior explicitação dos procedimentos utilizados.

Assim, para responder à informação recolhida na avaliação das opiniões a peritos, para a descodificação do conteúdo relevante, procedemos à construção de grelhas e categorias que no final nos permitem fazer uma análise descritiva e exploratória, que procuramos nesta fase. Esta técnica, segundo Bardin (2000), envolve um conjunto de processos (classificação, diferenciação e sub-modelo), que têm por base critérios previamente definidos os quais devem ser aplicados seguindo critérios de pré-análise, exploração e tratamento dos resultados. Deste modo foi realizada a leitura exhaustiva do conjunto das transcrições e definidas as categorias de análise. Categorias que Bardin

(2000) define como rubricas que, sob um título genérico, reúnem um grupo de elementos, as unidades de registo, em função dos caracteres comuns dos elementos.

Quer na exploração do material, quer no tratamento dos resultados procedeu-se a uma codificação adequadas à orientações estabelecidas em bruto, para que os mesmos, segundo Bardin (2000), possam ser considerados significativos e válidos.

Neste sentido e respeitando os critérios de análise descritos, nos discursos procuramos perceber o mundo dos enfermeiros perante a relação de conceitos e dimensões que pretendíamos explorar numa tentativa de encontrar e perceber a parte interna do fenómeno que de uma forma ou de outra também experienciamos.

A fim de uma compreensão das várias dimensões em análise solicitadas aos peritos, apresentamos de seguida a síntese das categorias e unidades de registo que derivam da análise de conteúdo efectuada. Da análise dos discursos dos enfermeiros que realizamos na parte empírica deste trabalho quando questionados sobre “o que é para si enfermagem”, resultam as seguintes dimensões:

TABELA 7.1.1 A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Profissão	Saúde	“...enfermagem é uma profissão...no âmbito de saúde” (E1)
	Relação	“...profissão de relação...os cuidados directos á pessoa doente ou não” (E1)

De igual modo, no regulamento de exercício profissional de enfermagem esta é definida como uma profissão no âmbito da saúde que tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, Nesta definição legal do âmbito de enfermagem encontramos ainda um conjunto de “*Competências que estão descritas em Diário da República na nossa carreira para desenvolvermos*” (E1), que orientam e regulam a nossa actuação como profissionais. No entanto, os enfermeiros consideram ainda que enfermagem engloba outras dimensões podendo ser considerada como, “...é o cuidar,

cuidar a pessoa” ...“apoio da pessoa” (E3), numa “perspectiva do cuidar, cuidar do outro e dar resposta aos problemas efectivos do outro” (E6), sendo que estas actividades e competências descritas podem-se desenvolver em diversos contextos.

TABELA 7.1.2. CONTEXTO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Área Profissional	Hospitalar Centro de saúde Domicilio Formação	<i>“...hospitalar ou em contexto centro de saúde, domicilio, ...docência á formação dos futuros enfermeiros” (E1)</i>

Perspectiva-la numa dimensão profissional tão densa de outras classes profissionais quase que implica percebe-la num quadro conceptual e definir um conjunto de saberes que lhe derivam e justificam não só considerando, *“... enfermagem num contexto meramente teórico como ciência autónoma...,” (E5), mas enquadrando-a no corpo de conceitos que não prescindem da sua manutenção na saúde e no acompanhamento da pessoa que dela requer cuidados.*

TABELA 7.1.3. ÁREAS DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Social	Saber ser e estar	<i>“O saber ser e estar em enfermagem o saber ser e estar como enfermeiro acho que já depende muito da nossa maturidade pessoal, da nossa personalidade, da nossa formação pessoal mesmo em termos educação.” (E1)</i>
Cognitivo	Empírico Filosófico Científico	<i>“Área de conhecimentos...conhecimento empírico conhecimento filosófico...conhecimento científico...” (E2)</i>
Artístico		<i>“ser vista numa perspectiva, arte ciência...está fundamentada para dar resposta a diversas situações” (E6) “...é também uma arte pelo que fazemos para cuidar...existe arte no gosto que se faz as coisas, na dedicação com que se faz porque eu faço para o outro então eu dou uma parte de mim...quando eu comparo os</i>

Prático	Contacto com os outros Autoformação	<p><i>cuidados que dirijo a um pintor que pinta a tela para outros verem e apreciarem, eu cuido para o outro apreciar e para os outros verem os resultados dos meus cuidados.”</i> (E4)</p> <p><i>“...é um conjunto de saberes que são acumulados ...pela experiência prática, pessoal, pelo contacto que se tem com os outros e pela abertura que temos para a autoformação...”</i> (E4)</p>
---------	--	---

Este Saber definido em diferentes áreas pressupõe um campo de actuação específico e único ao qual devem estar implícitas actividades e procedimentos para os quais esta ciência/arte consegue de forma eficaz responder, e assumir as consequências e os benefícios que lhes derivam. As principais actividades dos enfermeiros orientam-nos para áreas de intervenção muito abrangentes com um perfil de atender a pessoa que necessita de cuidados, apoia-la, desenvolvendo uma acção multidisciplinar de relação com outros profissionais da área dos cuidados com intervenções, “...interdependentes... atitudes terapêuticas.” (E2), na perspectiva de melhorar a saúde da pessoa e “...por uma lado promover...por outro lado consegue dar resposta a alguma incapacidade que a pessoa possa vir a sentir.” (E2).

As próximas tabelas reflectem situações vivenciadas pelos peritos entrevistados, em que na sua intervenção assumem e justificam um conjunto de inferências sobre diferentes contextos da sua contribuição, para a saúde das pessoas que requerem cuidados. Deste modo agrupamos as actividades/intervenções de enfermagem em diferentes categorias de forma a perceber as diferenças e as adaptações necessárias dependo do âmbito, contexto e situação, na perspectiva de melhor saúde para a pessoa, família, comunidade. Cada uma destas áreas de cuidados é considerada uma dimensão significativa resultante da análise de conteúdo efectuada.

TABELA 7.1.4. ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Processos Metodológicos	Atendimento	“...todos nós fazemos atendimento ao publico com algumas características especiais porque é um atendimento que de certa forma fica dependente de nós no papel inferiorizado não no sentido de inferior a nós mas no sentido de se sentir dependentes estão ao nosso cuidado eles entregam-se aquilo que nós lhes podemos dar.” (E1)
	Continuidade de cuidados	“...fazíamos acções de educação para a saúde e formação dos cuidadores informais. Esta formação era muito específica relativamente aos posicionamentos, alimentação, de forma personalizada..., é a tabela dos posicionamentos com as horas, redigir as dietas com as horas para aquele utente, a que tem de ser alimentado, é atribuir os dias de banho geral, é atribuir a quantidade de água a ser ingerida diariamente, é solicitar o registo da urina que é eliminada no caso de estar algaliado, para depois fazer o balanço...enfermeiro que lhe transmite estes conhecimentos mas que faz continuidade que passa por lá, que lhes transmite segurança...” (E4)
	Parceria de Cuidados	“...aspecto que é o social ou o psico social...a defesa da pessoa como uma pessoa que está mais ou menos dependente nas diferentes fases da doença que ou da saúde e ser ai um bocadinho advogado do doente...atendimento das pessoas acho que em termos emocionais o próprio, a enfermagem também passa por isso que é a forma como se aborda o doente pela primeira vez acaba por ser um bocadinho meia cura.” (E3)
	Trabalho em equipa	“...é tão simples, pacifico na discussão entre equipas em que os médicos dizem já sabemos que o doente está primeiro...sempre em função do doente...o nosso objecto de acção é a pessoa em todos os contextos.” (E2) “...em termos concretos no dia a dia, ainda está muito dependente das actividades interdependentes...em que 1º a gente satisfaz as necessidades das actividades que são

	<p>Investigação</p> <p>Cuidados totais ao indivíduo</p> <p>Cuidados individualizados</p> <p>Supervisão</p>	<p><i>interdependentes e só depois satisfazemos as necessidades autónomas de enfermagem, isto torna enfermagem um pouco ligada e quase dependente da actividade médica, porque ainda não se criou este espírito de acção de equipa com competências multidisciplinares, porque os próprios médicos ainda não perceberam o desenvolvimento da própria enfermagem.” (E5)</i></p> <p><i>“...os cuidados de enfermagem para além de acompanharem o processo de outros profissionais, quando estes entendem que a sua parte está cumprida não há mais nada a fazer os enfermeiros têm uma intervenção extraordinária... (E5)</i></p> <p><i>“...é preciso fazer-se investigação, ainda se faz pouca investigação, enquanto não fizermos esse conceito teórico da autonomia e de aplicar parte prática e desenvolver práticas com base nos trabalhos de investigação desenvolvidos e produzidos ainda é muito incipiente.” (E5)</i></p> <p><i>“...trabalho de campo junto do tal cliente é feito por nós enfermeiros, o horário de terapêutica prescrita todos os cuidados inerentes à pessoa...independentemente do diagnóstico médico ...somos nós que prescrevemos as nossas intervenções os nossos cuidados...” (E1)</i></p> <p><i>“...nas diferentes fases do ciclo de vida...á pessoa... na ausência de saúde...a promoção da saúde... Enfermagem...</i></p> <p><i>“...tem um papel importante na ajuda, conforto que dá com a sua prática de cuidados até que essa pessoa entre num estado final.” (E2)</i></p> <p><i>“...saber como comunicar e o que comunicar com o doente família...” (E2)</i></p> <p><i>“...Já para não falar de outras áreas que ninguém olha para elas que têm a ver com o facto de nós sermos o ultimo elo da cadeia dos tratamentos e temos uma vigilância continua detectamos situações criticas que se não fosse a nossa acção os doentes podiam morrer ou até serem sujeitos a erro de tratamentos...” (E4)</i></p>
--	--	---

<p>Promoção e Prevenção</p>	<p>Cuidados na oncologia</p>	<p>“...ensinos que tínhamos de fazer e fazia e na forma como as pessoas conseguiam superar algumas situações, nomeadamente pós quimioterapia ...nomeadamente com as náuseas e vómitos como é que as pessoas conseguiam superar isso, com alguns ensinamentos que se faziam e algumas técnicas simples de explicar...” (E3)</p>
	<p>Cuidados na perda de integridade cutânea</p>	<p>“...um utente queimado que fez uma primeira abordagem hospitalar após o acidente e que no entanto quando se dirigiu ao centro de saúde apresentava lesões feias com sinais inflamatórias, apesar de ter cobertura antibiótica e anti-inflamatória mais analgesia, no entanto a equipa de enfermagem decidiu optar por um penso com prata um antibacteriano de eleição no que respeita ao tratamento de feridas infectadas, uma ferida que supostamente levaria três/quatro meses a cicatrizar conseguiu-se ganhos em saúde efectivos, com a cicatrização total da ferida em três semanas...reduziu a dor efectiva, diminui a infecção logo com a segunda aplicação do penso, diminui o tempo de vinda ao centro de saúde...” (E6)</p>
	<p>Ensinos Saúde Escolar Sexualidade</p>	<p>“...relativo das DST. Já há muitos enfermeiros que fazem saúde escolar nos centros de saúde e vão às escolas e que portanto fazem alguns ensinamentos sobre vida sexual, contraceptivos, sida, e todas essas situações, que depois numa fase mais tardia no início da via sexual pode permitir a prevenção de problemas de saúde graves.” (E3)</p> <p>“...ensino...é uma acção autónoma de enfermagem e que nem sempre é muito desenvolvida...é assim às vezes esta actividade é um parente pobre das actividades de enfermagem mas é muito importante para os ganhos em saúde...basicamente acho que o ensino é o que representa a maior fatia das acções autónomas de enfermagem...” (E3)</p>
	<p>Rejeição Familiar</p>	<p>“...situações de pessoas a quem a gente ensinava e simplesmente não queriam aprender...” (E3)</p>

Nas actividades de enfermagem nas várias situações identificadas podemos destacar várias acções específicas do âmbito de enfermagem tais como: hidratação, mobilização, alimentação, ensino de técnicas de respiração eficazes, reabilitação física, apoio no auto-cuidado, estimulação, acompanhamento, cuidados continuados, treino de capacidades, saúde escolar, planeamento familiar, sexualidade, prevenção, o tratamento à ferida, controlo da dor. Dos discursos emana a percepção de que todas estas acções devem ser estruturadas e desenvolvidas de acordo com um planeamento estruturado, adequado e adaptado à pessoa e situação.

Outros cuidados de enfermagem em áreas distintas das enunciadas foram referidos, como os cuidados à puérpera, no ensino sobre o aleitamento que se traduzem em ganhos a longo prazo na saúde da criança, “...situações na saúde materna: são ganhos em saúde os ensinamentos que se fazem sobre o aleitamento...são ganhos em saúde que podem ser a longo prazo se as coisas...forem feitas desde o início da gravidez e depois nos pós parto seja útil...” (E3). As campanhas de saúde escolar foram uma das áreas também referidas sendo que todo o ensino nestas idades se traduz em ganhos a longo prazo com repercussões na saúde da comunidade, ensinamentos sobre a obesidade ou mesmo divulgação de informações. “...é ao nível dos cuidados primários, se eu desde da primária começar a desenvolver acções com grupos de crianças de risco para reduzir a obesidade e se eu tornar as pessoas com esses ensinamentos com as informações, divulgações com essas acções com o trabalho diário com resultados nessa matéria estou a contribuir para uma população menos obesa...” (E5) Estas campanhas aparecem enquadradas num âmbito essencial na visibilidade, imagem, e contributo da enfermagem para a saúde da população os cuidados de saúde primários. Certos dos benefícios dos cuidados de saúde mais próximos da população, emana dos discursos uma necessidade de reestruturação da disponibilidade de acesso a estes pela população tornando-a mais segura, menos exposta e debilitada. “...uma lacuna dos cuidados de saúde primários não têm cuidados de enfermagem ao fim de semana, porque o cuidador informal ao fim de semana sente-se inseguro se acontece alguma coisa fora do habitual ele não sabe a quem recorrer...situações que os stressam, depois têm de pedir uma ambulância, têm de ir ao hospital e depois os utentes ficam expostos debilitados” (E4).

Segundo os peritos entrevistados estas acções de enfermagem no seu conjunto assumem muita importância na visibilidade e imagem profissional de enfermagem considerando que existiu perante os seus cuidados um reconhecimento social e familiar. “...portanto os cuidados de enfermagem vs ganhos em saúde têm cada vez mais importância e a sociedade reconhece e daí a evolução da própria profissão...” (E2).

Das acções ou intervenções mencionadas em diferentes áreas de actuação ou em diferentes problemas físicos e fisiológicos, para a melhoria significativa dessas situações, observamos que os peritos fazem também referência a um conjunto de questões muito relevantes para o planeamento e os resultados em saúde, como sendo a noção de equipa de saúde, um todo estruturado, que funciona numa parceria multidisciplinar com partilha de informações onde enfermagem é essencial na ligação entre eles com uma influência directa nas prescrições e acções a serem desenvolvidas. “...a colheita de dados que enfermagem faz que é exposto a nível da equipa de enfermagem e equipa de saúde, ...é a base é essencial... e daí ter dito a pouco que temos um papel de 90% nos ganhos em saúde da pessoa, condicionar alterações a nível de terapêutica...” (E1), referem ainda a noção de acções interdependentes, “terapêutica uma acção interdependente” (E1), tendo também enfermagem um papel fundamental na operacionalização destas. Existe ainda uma interiorização de responsabilidade profissional visível pela sensibilidade social com que combatem e tornam presente a ignorância de outros na perspectiva holística das situações a que dão respostas, “...é o chamar a atenção de situações que aparentemente, eu não vou falar em grupos profissionais, médicos ou outros, mas às vezes não se tem a noção ou a sensibilidade ou não se chama tanto à atenção porque as pessoas não estão despertas para determinadas situações relacionadas com o doente ou família, aspectos socioeconómicos e outros...” (E3). A enfermagem tem aqui autonomia sólida para crescer na sua influência, nos cuidados à população. É importante reconhecer o que é feito e quais as áreas/foco compreendidas pelas suas actividades para melhor justificar a pertinência e a globalidade, também aqui, da enfermagem na saúde das pessoas, famílias e comunidades.

Da análise dos discursos podemos destacar como focos de intervenção dos cuidados de enfermagem as seguintes dimensões do cuidar.

TABELA7.1.5. FOCOS DE ENFERMAGEM AUTÓNOMOS

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
No Indivíduo	Autocuidado	<p>“...quando o outro não tem conhecimentos, capacidades suficientes, não tem possibilidades físicas, mentais, psíquicas ou outras para cuidar de si próprio, nesse momento eu cuido dele...pois o nosso objectivo é um bem-estar físico, mental, psíquico.” (E4)</p> <p>“...os autocuidados que são áreas quase exclusivas que permitem aos enfermeiros trabalharem autonomamente daí emergem ganhos sensíveis aos nossos cuidados.” (E2)</p>
	Necessidades Básicas	<p>“...grande parte dependente de outrem na satisfação das suas necessidades humanas básicas...quem presta estes cuidados a nível das necessidades humanas básicas, quem os substitui, os apoia, os incentiva para, é o enfermeiro...” (E1)</p> <p>“...troca de informações, posicionamentos, banhos, alimentação, cuidados de massagem cuidado de pele...” (E4)</p> <p>“È o enfermeiro que observa o doente 24 horas, que melhor conhece...detecta se ele gosta ou não da alimentação...se...não é adaptada em termos de temperatura ou consistência...decreta o plano de mobilização...faz ou não transferência...em termos de eliminação ...detecta alterações a este nível, intestinal e vesical, ...cuidados de higiene...alterações integridade cutânea, desidratação, hipoxia, má perfusão tecidular a nível periférico...” (E1)</p> <p>“...cumprir o horário da terapêutica, que supervisiona a ingestão ou perfusão da terapêutica, é ele que cuida de todas as necessidades humanas básicas...alimentares, hidratação, mobilidade.” (E1)</p>
	Autonomia do indivíduo	<p>“...autonomia da pessoa...processo de tratamento...de forma a ele conseguir a sua máxima independência a sua máxima autonomia de forma a voltar à sua vida normal seja familiar, profissional ou social...” (E2)</p>

<p>No processo de assistência</p>	<p>Comunicação</p> <p>Restauração</p> <p>Intervenção Precoce</p> <p>Reabilitação</p> <p>Dor</p>	<p><i>antecedentes de AVC de EAM...nas nossas actividades na prestação para a promoção da saúde, mesmo em situação de doença vamos alertando em termos de cuidados a ter para o futuro...” (E1)</i></p> <p><i>“...educação para a saúde, no âmbito da vacinação, no âmbito das consultas aos diferentes grupos de risco e vulneráveis o que nos permite ter um acompanhamento como já tinha referido anteriormente de todo o ciclo vital do utente...” (E6)</i></p> <p><i>“...comunicação permite-nos de forma autónoma fazer vários ensinamentos, adequados às necessidades dos utentes, direccionados para as suas necessidades efectivas e para as suas dúvidas o que nos vai permitir a longo prazo uma avaliação positiva no sentido de melhoria do estado de saúde.” (E6)</i></p> <p><i>“...por um processo de evolução crónica de doença...o indivíduo ficou com défice a nível do auto-cuidado...o processo de cuidados...dar respostas a esse défice e isso ser colmatado.” (E2)</i></p> <p><i>“...uma intervenção precoce faz com que o cuidador informal ou familiar tenha informação suficiente para cuidar dele de maneira a prevenir as úlceras de pressão...alimentá-lo convenientemente vai fazer uma avaliação em termos de sinais vitais, uma avaliação em termos de posicionamentos e orientação...” (E4)</i></p> <p><i>“...todo o processo envolvente como correcção de atrofias, orientação e treino de capacidades, transmissão de conhecimentos que podem contribuir para ganhos em saúde do cliente/pessoa/amigos que se limitados por estas incapacidades ou ausência de conhecimentos pode ficar privado de algo...” (E2)</i></p> <p><i>“...processo da dor...para o qual nós podemos contribuir se soubermos gerir...o processo de mobilização...o</i></p>
-----------------------------------	---	---

		<i>posicionamento adequado, mobilização dos locais correctos, estamos a minorar o aparecimento de um quadro de rigidez espasticidade...</i> (E2)
--	--	--

Da análise dos discursos, para além das áreas de promoção e de educação para a saúde observamos o relato de outras dimensões que definem o foco das intervenções dos enfermeiros junto da população.

A análise destas dimensões do cuidar pressupõe uma visão que rompe com a concepção de cuidados que esteve na origem da própria profissão, nota-se um “...*desligar-se do modelo biomédico...*” (E5), “*a pessoa que vê o doente numa perspectiva holística, numa perspectiva que vai para além da doença que é a vertente dos médicos e nós ainda não conseguimos desenvolver para além de tudo o que não é doença.*” (E5). Uma nova concepção que pressupõe a pessoa com um todo complexo que deve ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que a definem e sem negligenciar as múltiplas interacções e que produz e estabelece (Hesbeen, 2000).

A evolução compreendeu na sua origem uma “*necessidade dos médicos de terem os colaboradores e os seus adjuvantes para ajudarem à sua missão, ... ao processo de autonomização nas questões concretas a que se veio a chamar actualmente os cuidados de enfermagem.*” (E5). Esta evolução é também sublinhada por Collière (1999) que destaca diferentes períodos em que a enfermagem se reorganizou e se desenvolveu de acordo com os avanços técnicos e científicos da saúde.

Percebe-se dos discursos uma necessidade de ruptura com um passado, de orgulho, mas que já é insuficiente para enquadrar a globalidade das visões de enfermagem sobre a pessoa, ambiente, que a definem nos modelos que estão na base das suas concepções teóricas. Hoje sugere-se pelos discursos que a enfermagem, “...*tem que evoluir no sentido dos enfermeiros desenvolverem a sua prática tornando-a mais sustentada em termos de conhecimentos científicos, numa parceria e respeito mútuo com os diferentes pares e equipas de saúde.*” (E2), baseado numa metodologia científica “...*processo de cuidados...*” (E2), orientador de práticas definidas e com base na evidência. Ainda nesta perspectiva importa considerar que a enfermagem “...*em termos práticos ainda esteja*

num processo de transição a que se pode chamar a travessia no deserto para saber qual é o negócio de enfermagem...sensos comuns ainda está um pouco mais além daquela figura de quem dá injeções de quem faz os pensos, ou seja ainda não conseguimos verter para a comunidade e sociedade esta nova representação social do que é ser enfermeiro.” (E5).

A compreensão desta percepção pelos enfermeiros sobre a sua realidade surge-nos como um dos aspectos de maior importância para estabelecer noções reais da pertinência prática dos cuidados de enfermagem. Não há modelos ideais na análise destas inferências mas parece que não chegam as referências teóricas para aferir na realidade a sua base de utilidade, é preciso contextualizar e adaptar, transpondo esta análise para discursos na primeira pessoa.

Existe a sensação pela análise dos discursos que “...a população de enfermagem começa a ter a preocupação com esta problemática que é importante para a visibilidade e independência da profissão autónoma, demonstrando os ganhos em saúde e económicos da nossa intervenção beneficiando a população...” (E2). O aumento do conhecimento sobre os ganhos referentes aos cuidados de enfermagem estabelece uma base para a organização, optimização e eficácia das suas acções, contribuindo para uma utilidade social mais marcada e um reconhecimento quer dos cuidados como da profissão por parte da população, parceiros profissionais e poderes públicos (Hesbeen, 2000).

Percebendo esta relação de conceitos analisamos nos discursos as percepções dos peritos sobre a sua opinião sobre ganhos em saúde.

A noção de ganhos pode adquirir contornos diferentes dependendo das perspectivas ou objectivo dos cuidados, “...não consigo por exemplo equiparar estes ganhos em saúde a ganhos monetários...conseguir estes cuidados ao menor custo e aqui entram o tal conceito do monetário e desta forma acho que ganho se divide em duas frentes” (E1). Surgem-nos na definição de ganhos dois conceitos distintos mas que na saúde parecem existir numa relação de simbiose estratégica de políticas, mudanças e reestruturas. Justificar a pertinência de certas opções em saúde implica relacionar estas dimensões e

assegurar que na perspectiva de rentabilização ou adequação de uma existe uma implicação directa da outra como por exemplo é referido pelo discurso, “...se não ligarmos o cuidado à vertente económica temos muito dificuldade em explicar, nem que não seja dizer que as pessoas demoram mais tempo a ficar doentes logo a vertente económica é trabalhada mais produzem portanto temos de ver sempre esta história dos ganhos em saúde ligado à vertente económica da economia da saúde.” (E5).

TABELA 7.1.6. CONCEITO DE GANHOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Ganho Económico	Menor Custo	“...conseguirmos mais a menor custo, há um conjunto de factores económicos, ... garantem o financiamento de um conjunto de aspectos de ordem económica e financeira que não são ganhos em saúde mas que contribuem para que esses possam acontecer.” (E2)
	Gestão Recursos	“...como profissional tenho que fazer gestão de todos os recursos que tenho disponível na minha instituição.” (E1)
Ganho de Resultado	Qualidade de Vida	“...ganho em saúde é o ganho que ele consegue ter na melhor qualidade de vida...pela morte com dignidade.” (E1)
	Morrer com dignidade	
	Autonomia individual	“...os ganhos em saúde em concreto...autonomia da pessoa doente/família e subsequentemente a própria sociedade...” (E2) “...tornar as pessoas menos dependentes, mais activas durante mais tempo, mais produtivas, tornar as pessoas mais saudáveis, tudo isso implica que um conjunto de acções que a gente desenvolve contribui para esse facto.” (E5)
	Regressão da doença	“...que permitam que a pessoas de uma forma mais imediata ou não, possa ter um evolução e uma não regressão à doença que permita ser cada vez mais independente...” (E3)
	Aquisição de	“...isto é ter mais conhecimento sobre qualquer coisa,

	conhecimentos Diminuição de reinternamentos	<i>sobre os aspectos referentes à sua saúde ou à sua doença, evitando recaídas, e reinternamentos, sendo um veículo de informação aos outros...” (E3)</i>
--	---	---

Da análise destes conceitos na formulação de um quadro de referência sobre ganhos e quais os ganhos que eram entendidos pelos enfermeiros surge uma dimensão interrelacionada com as anteriores que importa perceber e comentar. Na abordagem conceptual a tendência pela referência explícita das contribuições de enfermagem para os ganhos em saúde padecem ou ficam limitadas pela ausência de definições ou exemplos práticos, que espelhem na sua contribuição os reflexos e benefícios desta intervenção autónoma. As referências anteriores a ganhos de saúde adequam os cuidados em áreas da prestação reveladoras da pertinência das intervenções de enfermagem mas não os focalizam em exemplos concretos, subjectivando pormenores. Assim a descodificação seguinte permite aferir e descrever por uma análise mais exacta, não prescindindo do enquadramento anterior, uma base explicativa dos cuidados que implicitamente condicionam e contribuem para o conceito de benefícios de saúde para as pessoas, famílias e comunidades que são base directa das necessidades prioritárias das nossas acções.

Segundo Hesbeen (2000) esta referência à autonomia de enfermagem clarifica pontos de acção assumidos muitas vezes como pequenas coisas comuns sem valorização significativa, mas que condicionam em toda a sua amplitude o que melhor na saúde se faz na proximidade com o outro.

TABELA 7.1.7. CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA GANHOS EM SAUDE

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Profissionais	Visibilidade	<i>“...é realmente a visibilidade das nossas acções, uma visibilidade que é dada pelo nosso trabalho real e que o justifica. Tudo aquilo capaz de reflectir uma mais valia para o utente.” (E6)</i>
	Reconhecimento	<i>“...se a nossa acção de facto a pessoa reconhece que com aquela informação deixou de ir tantas vezes ao hospital, ora isso é um ganho ou um conjunto de ganhos em saúde</i>

Pessoa	Desenvolvimento de intervenções autónomas	<p>que ficam registados e compatibilizados e isso foi atribuído ao tipo de promoção de saúde dos enfermeiros...” (E2)</p> <p>“...visita médica, faz a auscultação pulmonar e nós vemos nos diários médicos que há alteração a este nível, mas nas 24 horas o enfermeiro já efectuou acções de aspiração, mobilização, ensinamentos e portanto o doente está melhor...trabalho enfermeiro/doente em equipa pois sozinhos não fazemos nada...” (E1)</p>
	Autonomia na alimentação	<p>“...se a pessoa hoje entrou por motivo de anorexia, não conseguia comer e se eu conseguir que essa pessoa se alimente de forma eficiente ou seja, com uma dieta prescrita e que lhe é recomendada para mim isto é um ganho em saúde.” (E1)</p>
	Promoção da saúde	<p>“...se nós conseguirmos fazer uma boa promoção da saúde...vamos minorar o processo de doença e consequentemente vamos contribuir em ganhos em saúde para a pessoa.” (E2)</p>
	Aprendizagem em saúde	<p>“...assim são todas aquelas atitudes para mim, tudo aquilo que ensinamos ou explicamos à família ou ao doente...” (E3)</p> <p>“...aquilo que aprendemos com os profissionais de saúde saibamos transmitir aos outros, para os outros serem esse veículo de informação...” (E3)</p>
	Diminuição do processo de doença	<p>“...probabilidade de ocorrência de efeitos adversos sem intervenção de enfermagem o resultado final é diferente do resultado que existiria com intervenção de enfermagem, com resultados positivos, com benefícios para o próprio isso são ganhos em saúde pela intervenção de enfermagem.” (E4)</p>
	Continuidade de Cuidados	<p>“...eu diria que todos...os ganhos em saúde passam todos por nós. Estando nós profissionais de enfermagem junto do nosso doente as 24 horas, todos os ganhos e também as perdas vão passar pelas nossas mãos.” (E1)</p>

Família	Diminuição de reinternamentos	“...o enfermeiro tem que estar sempre na retaguarda como 3º elemento...nesta continuidade de cuidados, e isto traduz-se em ganhos se essa pessoa não necessitar de reinternamentos, ...” (E1)
	Aumento da autonomia Adaptação	“...regressar ao seu domicílio com a mínima incapacidade, ...tem marcha consumada, portanto agradece-nos o resultado conseguido, pois a sua incapacidade quase total em todos os autocuidados foi ultrapassada, e portanto são ganhos em saúde...” (E2)
	Treino de Capacidades Reabilitação	“...artoplastia do joelho com um tempo imenso de recuperação...hoje...deambula sem qualquer apoio à marcha e foi o processo de cuidados de enfermagem, com a instrução, treino de capacidades que a fizeram beneficiar e conseguir este ganhos em saúde” (E2)
	Parceria com a família	“Se...envolvermos a família num processo de planeamento de cuidados e ela passar a ter a capacidade de alimentação, eliminação vestir/despir, posicionar adequadamente podemos evitar o aparecimento de úlceras de pressão...” (E2)
	Adaptação a novas situações	“...adequação da pessoa ao novo estilo de vida...integrar esta pessoa na família no seu domicílio, ensino e partilha de conhecimentos com pessoa, família, ou pessoa cuidadora...” (E1)
	Independência do prestador de cuidados	“...Sejam ganhos na autonomia da pessoa, sejam para a independência do prestador reduzindo a permanência junto do doente, quer no âmbito económico e de recursos são forma de os enfermeiros demonstrarem que o seu trabalho contribui para os ganhos em saúde da pessoa e ou comunidade...” (E2)

Na necessidade de perceber os contributos isolados das acções de enfermagem para os ganhos em saúde, percebemos que a enfermagem, para além das dimensões que

definem e condicionam o seu agir profissional, não pode ser limitada a certos contextos ou espaços físicos, nem as suas intervenções isoladas de um todo, “...se falarmos em ganhos só com os cuidados de enfermagem reportando ao hospital não é correcto, não só mas também a nível de cuidados de saúde primário..., deve-se falar de equipa de saúde...” (E1). Outra das áreas de actuação que podemos destacar é a “...saúde escolar onde se faz muitas campanhas e que são ganhos em saúde que muitas vezes não vão ser imediatos...” (E3). Esta noção de ganhos não imediatos não deve interferir no planeamento de cuidados nem na visibilidade da própria profissão, não devendo os seus profissionais assumir esta postura mas sim, “...pelo menos em termos de consciência profissional ter a noção que estamos a fazer as coisas de modo que no futuro mais ou menos próximo isto tenha alguma repercussão nas pessoas...” (E3).

A imagem social dos cuidados de saúde ainda está muito relacionada com a solução imediata do problema, “...o médico, e muito a nível social a própria família, o doente dá muito importância ao antibiótico, aquilo que lhe é prescrito, á terapêutica...” (E1). O modelo biomédico está na origem dos cuidados de enfermagem, como já foi referido anteriormente e ao longo da abordagem teórica, a noção “curativa” de tratamento na pessoa que diagnostica “...o médico tem papel do diagnóstico clínico da prescrição médica, da prescrição terapêutica...” (E1). Esta realidade ainda actual é evidente e essencial mas, certos da sua acção num todo da equipa de saúde, “...a área médica abre o seu processo de cirurgia/traumatologia do doente, mas depois de cumprir a osteosíntese, segundo as guidelines a missão está cumprida...” (E2).

A contribuição de enfermagem começa muitas vezes aqui, “...o individuo à medida que deixa o hospital de agudos começa a necessitar de menos cuidados médicos para necessitar de cuidados de enfermagem sejam na prestação concreta sejam na transmissão de conhecimentos relativamente ao processo de gestão e adaptação à sua situação, sejam no sentido concreto de treinar a pessoa e prestador de cuidados no sentido de eles se munirem de algumas ferramentas...” (E2), numa perspectiva contínua de cuidados que não está contextualizada num momento de necessidade é uma “...continuidade de cuidados ao longo do ciclo vital...” (E6).

Na análise realizada encontramos vários exemplos que relatam na íntegra a necessidade de muitas das dimensões descritas dos cuidados e focos de enfermagem compreendendo a visão global do indivíduo no seu contexto, ambiente, família e sociedade. “*Um doente...muito dependente que se não tiver a intervenção de enfermagem, a família vai coloca-lo numa cama, vai tentar alimentá-lo e passado dois ou três meses está multi-escariado, desnutrido, desidratado, vai para o hospital acaba por fica com uma insuficiência respiratória, com uma pneumonia e acaba por falecer...*” (E4). Esta actualidade tem custos económicos, sociais, individuais por vezes irreversíveis, situações muitas que a ausência dos cuidados de enfermagem, “*... vai levar a uma grande incapacidade a uma grande limitação que depois leva a um processo crónico com incapacidade permanente que a fará depender de terceiros, de subsídios da própria sociedade...*” (E2). Esta compreensão na prática é definição das políticas e reestruturações que se pretendem onde se considera que “*...ganhos em saúde a nível hospitalar implica sempre que a pessoa tenha o menor tempo de internamento possível ao menor custo físico para ela, ao menor custo para instituição...*” (E1).

Os ganhos de enfermagem associados à monitorização e intervenção num planeamento constante e linear às necessidades de todos “*...faz com que o individuo tenha uma sobrevida com mais qualidade, mais longa e com menos complicações, estamos a trabalhar em ganhos de vida e ganhos de saúde*” (E4).

Os discursos dos peritos reflectem de forma exaustiva e completa a realidade das principais orientações sugeridas nas estratégias e planos de intervenção em saúde das políticas actuais. Campos (2007) sugere que os ganhos em saúde devem também compreender a redução da incidência e o aumento das funcionalidades físicas e psicossociais dos indivíduos tendo em consideração a sua qualidade de vida.

A noção abrangente dos cuidados e focos de enfermagem não deixa de condicionar o carácter específico do âmbito das suas acções perante os muito diagnósticos assumidos por outras áreas profissionais.

Da análise dos discursos sobre situações em que os profissionais consideram que existiram ganhos para a saúde das populações surge uma perspectiva que pode ter uma

influencia muito significativa na acção de qualquer profissional perante um problema que envolva prejuízo para a saúde das pessoas e directamente com os ganhos associados a essas intervenções. “...esta questão dos ganhos em saúde tem muito a ver com a motivação das pessoas...” (E3).

Todos estes ganhos numa perspectiva de saúde tem uma vertente económica na medida em que condicionam qualidade de vida e subsequentemente a produtividade individual das pessoas envolvidas. “...menos custos directos para todos nós pois quem paga os custos da obesidade depois somos nós, elas tornam-se menos produtivas e mais doentes, lá está a vertente económica aqui a funcionar.” (E5).

A condição defendida na introdução das pequenas coisas que moldam e definem enfermagem condicionam muitas vezes a visibilidade, o impacto e a valorização profissional destas acções que entre outras se destacam e são significantes para o doente. Assim surge como coerência estratégica a necessidade de valorização, quantificação e consequente medição do impacto desta autonomia nas repercussões entendidas como processos naturais de recuperação pela ignorância, justificada talvez por esta lacuna estratégica e de grande relevo para a gestão dos cuidados de enfermagem. Talvez envolvidos também por esta necessidade colocamos como objectivo a recolher nas entrevistas que realizamos aos peritos a percepção de como estes consideravam que se podia medir os ganhos em saúde para os quais a enfermagem, na pessoa do enfermeiro, contribui.

Assim, da análise dos discursos no âmbito desta problemática surgem as seguintes dimensões que passamos a explorar.

TABELA 7.1.8. ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM DE MEDIÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE NA ENFERMAGEM

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Dados Quantitativos	Dados observáveis	<p>“...estes ganhos em saúde para os quais os enfermeiros contribuem são palpáveis e observáveis por todos desde que se queiram ver não é...” (E1)</p> <p>“..., devido à nossa acção nós conseguimos que as altas dos doentes neste grupo fossem antecipadas em dois dias,</p>

	<p>Contabilização</p> <p>Indicadores</p> <p>Monitorização</p> <p>Sistemas de Informação</p>	<p><i>ou evitamos que levassem medicação...cinesioterapia respiratória e ver o impacto a nível de medicação... ou alta mais precoce...dos ensinos evitou recidivas no tratamento ou nos futuros tratamentos a esses doentes... a nível da taxa de infecção nosocomial as acções que podemos preconiza... o caso das quedas dos doentes, as úlceras de pressão, a mobilização precoce nos doentes ortopédicos ...” (E3)</i></p> <p><i>“...atribuído uma determinada cotação a determinados actos a determinados cuidados a determinadas intervenções que são estabelecidas pelos enfermeiros...” (E2)</i></p> <p><i>“...Demonstrar o que fazemos, registar e avaliar com escalas...contabilizar, criar programas que quantifiquem e sobretudo registem, um processo em que cada intervenção seja definida e contabilizada...” (E2)</i></p> <p><i>“...taxa de infecção..., reduzindo custos com internamentos por bacilos multiresistentes que poderiam acontecer se a actuação não fosse eficaz...” (E2)</i></p> <p><i>“Neste momento todos os enfermeiros estão preocupados em construir um conjunto de indicadores que nos permita medir ganhos em saúde...” (E4)</i></p> <p><i>“...que o que vai dizendo sei lá durante um ano ou dois e depois for medir daqui a uns tempos...” (E3)</i></p> <p><i>“...a monitorização concreta das nossas actividades se não fizermos isso sabemos que contribuímos mas nunca quanto nem como...” (E5)</i></p> <p><i>“...quanto gastamos com recursos de enfermagem quantos doentes atendemos, fazer contas e vemos se o trabalho destes enfermeiros...contribui para que a pessoa entrasse doente no hospital e saísse “saudável” ...” (E2)</i></p> <p><i>“...e registar intervenções e dessa forma à dados que justificam menos situações recorrentes...” (E2)</i></p> <p><i>“A forma...que melhor pode medir os ganhos em saúde prende-se com os registos de enfermagem...” (E6)</i></p>
Registos		

<p>Metodologia Científica</p>	<p>Planeamento</p>	<p>“...é mais visível o que os enfermeiros fazem e para ai vai contribuir se as coisas forem feitas de forma adequadas os sistemas de informação...” (E2)</p> <p>“...com a era da informática estamos a trabalhar o sistema informático de apoio à prática de enfermagem o designado SAPE...” (E6)</p>
<p>Execução Intervenções</p>	<p>Avaliação</p>	<p>“...é uma forma de dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros que é pensado, planeado, executado e avaliado por estes...se não conseguirmos de alguma forma com algumas estratégias mensurar não surge visibilidade...” (E2)</p> <p>“...a eficácia vem da avaliação pois se não temos eficácia nós podemos fazer mas não conseguimos nada, ou seja, a nossa acção foi ineficaz houve consumo de recursos, consumo de tempo e nós fomos ineficazes...” (E2)</p>
	<p>Campanhas</p>	<p>“..., por exemplo campanhas que se fazem que vão a longo prazo ter resultados...” (E3)</p>
	<p>Programas de Educação</p>	<p>“...esta questão da sexualidade, se a gente for medir e perceber que daqui a uns anos houve menos casos de sida, hepatite B aí já se pode medir, não vou falar em mortalidade mas se calhar em morbilidade nesse aspecto...” (E3)</p>
	<p>Prática baseada na evidência Rigor</p>	<p>“...no âmbito da reabilitação...no processo, e se para aquela situação os enfermeiros estabelecem um plano de cuidados...faz estimulação eléctrica, mobilização da articulação do punho da mão e dedos...os enfermeiros em cada hora repetirem as mesmas intervenções criando, programando, envolvendo o doente no processo, o doente recupera...” (E2)</p>

Os discursos são muito significativos na demonstração de alguns aspectos que devem ser considerados no planeamento e organização dos cuidados de enfermagem para que estes possam traduzir o impacto significativo de todas as intervenções já mencionadas na pessoa, mas que por vezes não são referidos no planeamento estratégico das

organizações. De facto o conceito de indicadores mensurados num sistema informático de registo tem impacto se traduzido em horas de cuidados e ganhos descritos pelos procedimentos efectuados. Monitorizar processos e o rigor das intervenções, através de guias de normalização ou definição de programas a longo prazo com a realização de campanhas dirigidas a essas áreas, pode ser uma das formas de comprovar e evidenciar a médio ou a longo prazo o impacto positivo das acções de enfermagem. A definição de indicadores baseada em evidência científica, pela investigação, deve ser segundo os discursos dos peritos a abordagem correcta para a gestão de recursos, valorização profissional e formulação de estratégias de intervenção organizacional. Mas que indicadores são estes em que as intervenções de enfermagem se devem basear para se justificarem num grupo multidisciplinar de acção em saúde? Utilizamos na distribuição da nomenclatura dos indicadores o sistema assumido por Tavares (1990).

TABELA 7.1.9. INDICADORES DE ENFERMAGEM

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Utilização de serviços	Consultas de enfermagem	<p>“...quando é que eu consigo baixar o nº de utentes com sida, quando o pessoal de enfermagem fizer consultas de enfermagem bem estruturadas e ensinar a ter cuidados sobre sexualidade...quando vou resolver o nº de úlceras de pressão quando os serviços de enfermagem tiverem suficientemente articulados de forma a dar resposta a estas situações...quando os diabéticos vão deixar de ser amputados, quando os cuidados de enfermagem forem bons e suficientes para terem capacidade de alterar o estilo de vida dessas pessoas de forma a reduzir essa probabilidade...quando os enfermeiros intervirem numa fase precoce da diabetes de forma a ela não evoluir...é quando os enfermeiros intervirem nas famílias nos laços familiares de forma a superar alguns obstáculos que possam surgir, intervir na educação das mães para elas não darem chocolates aos filhos, quando intervir na gravidez da mulher para não engordar 30 quilos para o marido ficar desgostoso que tem uma mulher gorda e depois não sei quê...” (E4)</p> <p>“...indicadores de enfermagem que é o número de úlceras de pressão/doentes acamados, consultas de</p>
Sanitários	Incidência de úlceras de pressão	
	Doentes dependentes	
	Obesos	
Demográficos	Número de crianças	
	Número de adultos	

Recurso	Novos Casos	<i>enfermagem/número de utentes inscritos...” (E4)</i>
Sócio Económicos	Violência familiar Divórcios	<i>“...e o que eu acho que é verdadeiramente indicador de saúde são todos os casos novos por ano de sida, nº de abortos que existem por ano, nº de crianças que vão para instituições e são retiradas aos pais, o nº de divórcios, um conjunto de situações nº de amputados diabéticos, nº obesos crianças e adultos...” (E4)</i>

Para além destes referidos, outros há que podem significar e traduzir ganhos inerentes às nossas acções. Contudo, da análise dos discursos surge uma dimensão que nos faz considerar que existem algumas barreiras ou limitações a esta sequência ideal de evidência de acções que condicionam esta definição e construção de indicadores e a sua consequente aplicação prática.

TABELA 7.1.10. DIFICULDADES EM MEDIR DOS GANHOS EM SAÚDE NA ENFERMAGEM

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Quantitativos	Carência de dados numéricos Indefinição de indicadores	<i>“...em termos numéricos é complicado...” (E1)</i> <i>“...dificuldade em perceber o ter um indicador que consiga medir aquilo que a gente faz...” (E3)</i> <i>“...Tenho dificuldade em criar um indicador que me diga exactamente num ensino sobre a SNG a varias pessoas se depois todas elas tem a mesma resposta, há ali um meio-termo que tem a ver com a percepção de cada um que influencia, tenho essa dificuldade...” (E3)</i> <i>“...ganhos difíceis de quantificar até pela dimensão que têm, são chamados custos invisíveis, para terceiros, porque para a pessoa que avalia a situação, numa fase estava assim agora estou noutra, ela diz isto não tem preço...” (E2)</i>
Qualitativos	Natureza das intervenções de enfermagem	<i>“...eu tenho alguma dificuldade em medir os ganhos em saúde assim rapidamente. Efectivamente há alguns ganhos de saúde imediatos que são no meu ponto de vista difíceis de medir porque eu não sei são muito individuais...” (E3)</i> <i>“...tenho alguma dificuldade em perceber ganhos em saúde</i>

	<p>Impacto Social</p> <p>Avaliação do utilizador Continuidade de Cuidados</p> <p>Valorização profissional</p>	<p><i>no imediato, naquilo que a gente ensina hoje, não consigo entender uma métrica que vá por as varias pessoas a quem fiz o ensino sobre uma determinada coisa, ...” (E3)</i></p> <p><i>“...podiam ser valorizadas, quantificadas e até medidas em termos de impacto social...” (E5)</i></p> <p><i>“A própria gestão do doente fora das manhãs é o enfermeiro que gere, decide se chama o médico ou não, decide se dá o comprimido em SOS ou não, decide se faz este ou aquele cuidado, portanto há um conjunto de acções que fazemos que temos dificuldade em medir o impacto que isso tem no dia a dia em termos de ganhos em saúde...” (E5)</i></p> <p><i>“Detectamos inúmeras situações que se não fossem nós poderiam haver sequelas muito mais graves, e essas são aquelas que mais vezes fazemos mas mais dificuldade temos em medir, porque não fazemos grandes registos nem valorizamos muito essa parte...” (E3)</i></p>
--	---	---

Uma nomenclatura que defina todo um conjunto de procedimentos e de adaptações a situações específicas, com diferentes significados, pode traduzir dificuldades. Um resumo mínimo de dados, significativo de acções, pode ser um caminho para a enfermagem. Mas na análise dos discursos surge uma dimensão que justifica toda esta necessidade abrangente e ultrapassa as barreiras da indefinição e é base constante. Os peritos sempre demonstraram quando questionados sobre a possibilidade de medição, como medir e que estratégias, o resultado final delas. Na tradução dos seus discursos lidera uma tendência de exposição de resultados que recolhe uma importância superior à questão “como”, para nivelar no paradoxo de, “o quê”. É importante referir o resultado destes ganhos de enfermagem para perceber que aspectos é que devemos monitorizar e em que áreas eles têm mais significado. A promoção da saúde é uma área prioritária para a compreensão da saúde de uma população devendo ser considerada em múltiplos contextos, e assume da análise dos discursos anteriores uma importância em todas as dimensões que permitem descrever áreas e âmbitos das intervenções dos cuidados de enfermagem. Assumindo-se como uma das áreas de maior autonomia na enfermagem é

necessário perceber que estratégias e como os profissionais de enfermagem desenvolvem e adaptam esta promoção às populações que estão ao seu cuidado.

TABELA 7.1.11. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NA PROMOÇÃO DA SAUDE

<u>Categories</u>	<u>Sub-Categories</u>	<u>Unidades de registo</u>
Ensino	Informação	<i>“As actividades passam pelo ensino que é uma ...partilhar os nossos conhecimentos com os outros...” (E1)</i>
	Orientação	<i>“...primeiro ele tem que perceber que precisa de cuidados, senão ele não vai perceber aquilo que tem que fazer, e só depois é que ele vai aceitar a minha ajuda e seguir as minhas orientações...” (E4)</i>
Características do enfermeiro	Assumir conhecimentos	<i>“...e isto enfermagem faz diariamente, quer pela transmissão de conhecimentos da demonstração da importância desses conhecimentos...” (E2)</i>
	Comunicação eficaz	<i>“Temos de ter a capacidade de comunicar se forma eficaz, fazer promoção da saúde com credibilidade, saber do que falamos, sem comodismo...assumindo os conhecimentos e elucidando a pessoa com calma e tranquilidade...”(E2)</i>
Conhecimentos	Justificar as acções	<i>“...e porquê dessas acções, o porquê dos cuidados de higiene isto é promoção da saúde...pois explicamos como e o porquê da importância de cumprir estes aspectos no domicilio...” (E1)</i>
	Continuidade de cuidados	<i>“...Isto tem que ser uma continuidade porque as pessoas sentem-se perdidas têm dúvidas, voltando ao início o tempo de internamento é curto para que as pessoas façam a assimilação de todos os conhecimentos que são importantes.” (E1)</i> <i>“...nessa partilha doente, família, cuidador, sabemos que o trabalho não acabou foi apenas o inicio pois este trabalho é continuado que deve ser acompanhado pelo colega dos cuidados de saúde primários...” (E1)</i>
	Mecanismos fisiológicos	<i>“...se conseguirmos explicar ao doente o que é que se</i>

Contextos de Cuidados	Consultas	<i>passa no seu organismo em vez de dizer nunca mais pode fazer isto ou aquilo...Não são os doentes que não aderem são os profissionais que não têm capacidade de os fazer perceber porque é que isso é importante...</i> (E2)
	Doença/Saúde	<i>“...Eu promovo junto dos enfermeiros que chefió que eles façam consultas de enfermagem com qualidade. Se os enfermeiros fizerem estas consultas com qualidade eles estão a fazer promoção da saúde...”</i> (E4)
	Indivíduo	<i>“...a promoção da saúde também é feita muito embora em contexto de doença...”</i> (E1)
Meios	Indisponibilidade de outras equipas	<i>“...o enfermeiro continua muito a ver o utente/doente e depois esquecemo-nos das necessidades dos saudáveis que têm que se manter assim que é a promoção em determinados comportamentos de risco que à partida a pessoa não anda doente não necessidade de intervenção de enfermagem mas que é necessário intervir...”</i> (E4)
	Registos	<i>“...porque sabemos que outros profissionais não o fazem por indisponibilidade ou má vontade, ou por às vezes não terem a mesma capacidade de comunicação...”</i> (E2)
		<i>“...registos, as coisas estarem feitas e justificadas senão depois parece que ninguém fez nada é tudo muito vago...”</i> (E3)

Os principais benefícios da promoção são recebidos directamente pelas pessoas dependendo muitas vezes da sua condição *“...se a pessoa está mais sensível está mais interessada em tentar de alguma forma arranjar estratégias para minorar os danos e isso depende da nossa vontade do nosso crer...”* (E2). Porém da análise dos discursos verificamos que muitas vezes *“...esta informação é passada não só á pessoa doente mas muitas vezes à família que o acompanha...”* (E1). A promoção da saúde compreendendo a educação para a saúde tem uma relevância acentuada até na garantia de processo de qualidade, *“...na área que eu desenvolvo tem muito a ver com isto porque há varias normas que estou a tentar preconizar onde a educação para saúde é uma das áreas obrigatórias do processo de acreditação...”* (E5).

Da análise dos discursos para além do enquadramento anterior é percebida uma outra dimensão que engloba as consequências directas desta promoção em diferentes vertentes com significado muito relevante para a relação que se pretende neste estudo entre acções e ganhos.

TABELA 7.1.12.GANHOS COM A PROMOÇÃO EM SAÚDE

<u>Categorias</u>	<u>Sub-Categorias</u>	<u>Unidades de registo</u>
Individuais	Menos recorrências Mais independência	<i>“Estes conhecimentos e estratégias promovidas e treinadas possibilitam a pessoa de mais capacidade de forma a recorrer menos às instituições de saúde porque conseguem gerir o seu processo o seu regime terapêutico...” (E2)</i>
Económicos	Não Consumir Recursos	<i>“...desta forma obtemos ganhos em saúde pois ela está a minorar custos, não consome recursos que são escassos, recursos esses que podem ser aplicados noutros contextos e daí o contributo de enfermagem para ganhos em saúde...” (E2)</i>
	Redução de Recursos Humanos	<i>“...com a promoção da saúde conseguimos uma redução desses recursos humanos, económicos, técnicos e disponibilizamos profissionais que são necessários noutras situações...” (E2)</i>

A análise baseada em discursos de peritos que diariamente desenvolvem os achados teóricos e práticos que defendemos é importante para assegurar uma compreensão dos diferentes fenómenos numa base mais sustentada e justificada. Nesta busca é importante potenciar a imagem que demarca o espaço e a acção diferenciada dos profissionais que coexistindo numa matriz estruturada e complexa, contribuem e validam aspectos e fenómenos da saúde da população, na obtenção de ganhos em saúde e na promoção da qualidade dos cuidados.

As inferências descritas no decurso desta análise real e contextualizada permitem considerar, segundo Bardin (2000), todas as descrições como válidas e replicáveis no seu contexto. Assim, a certeza destes enunciados lógicos e explicativos de varias

vertentes de uma mesma realidade deve responder às solicitações em campos específicos da enfermagem, enfatizando a intervenção dos profissionais que assumem um conjunto de competências de resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde da população. Estes processos de julgamento clínico potenciam em rigor a qualidade dos cuidados oferecidos e a obtenção de ganhos em saúde identificados e atribuídos especificamente a estes profissionais especializados. No âmbito do discurso político, esta definição e estes resultados só contribuem para a estratégia de intervenção e evidenciam o reconhecimento por individualização de cuidados podendo sugerir o investimento na empregabilidade sustentada pelos contributos exactos das nossas intervenções.

Face ao aumento da complexidade nas situações profissionais e às novas exigências da competitividade, estas decisões e inferências estratégicas parecem ser, indo de encontro às necessidades sociais, a forma de fomentar abordagens de acção comunicativa e informativa mais massificadas capazes de serem percebidas pela população e de a influenciar na essência do nosso cuidar.

Em síntese, os participantes manifestaram os contributos dos enfermeiros enquanto profissionais na obtenção de ganhos em saúde, especificando estratégias de enfermagem na sua medição e possíveis indicadores relacionados com as actividades que desenvolvem para a monitorização destes. Enumeraram também um conjunto de ganhos resultantes das acções de promoção em saúde e quais as estratégias que utilizam para uma promoção adequada e eficaz. Devemos ainda considerar pelos discursos um conjunto de dificuldades que condicionam a medição e a tradução destes ganhos para os quais com as suas acções contribuem.

Independentemente das condicionantes que afectam a visibilidade destes contributos autónomos a enfermagem tem diante de si um futuro promissor. Percebemos pelos discursos, e de acordo com Hesbeen (2000), que os limites das acções de enfermagem são pouco restritos abrangendo um vasto leque de cuidados, contextos e parcerias em saúde, e que quaisquer que sejam os avanços técnicos e científicos a população terá

sempre necessidade destes pequenos elementos de conteúdo que a estimula para sua qualidade de vida.

7.2. ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS

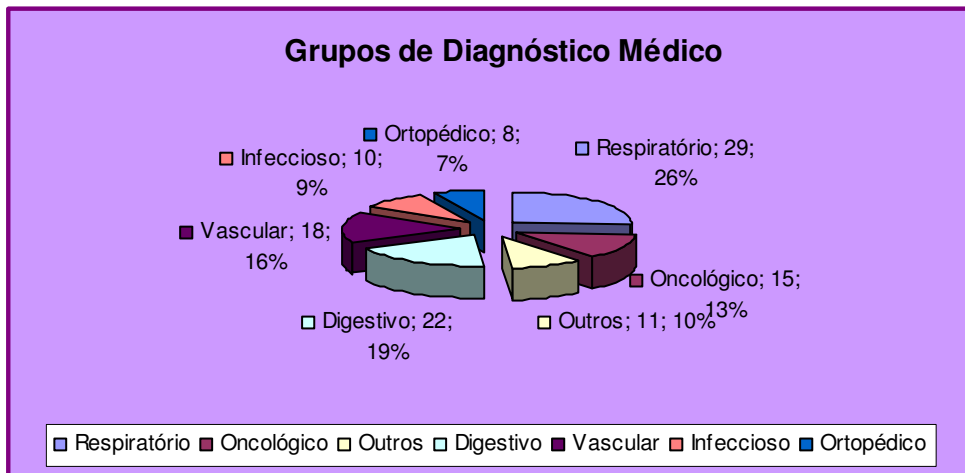
Na análise dos dados quantitativos e de modo a permitir responder aos objectivos definidos, procedemos a dois tipos de análise:

- **Análise descritiva dos resultados:** frequências, percentagens, médias, desvio padrão. A análise descritiva assume uma apresentação dos dados que facilita uma maior informação sobre os mesmos e estabelece critérios úteis e oportunos para o estudo. O objectivo desta descrição foi apresentar a variação das nossas dimensões em função de algumas variáveis definidas no estudo.
- **Análise inferencial:** refere-se a um processo que consiste em obter e generalizar conclusões, inferir propriedades para o todo com base na parte, pela qual procuramos obter as respostas aos objectivos definidos.

Numa primeira fase fazemos a caracterização da amostra quanto ao grupo de diagnóstico médico análise, depois testamos a normalidade da distribuição das variáveis “custos” através do teste de Kolmogorov-Smirnov para decidirmos por que tipo de testes usar na análise de associações entre variáveis. De seguida procedemos à análise descritiva e de variância dos tipos de custos por grupo de diagnóstico médico, efectuamos a análise das correlações entre os tipos de custos e fazemos a descrição da variação do nível de dependência dos doentes nas acções de enfermagem. A seguir apresentamos os dados referentes à análise descritiva da dependência dos doentes em acções de enfermagem por grupo de diagnóstico médico. Por último analisamos a associação entre os tipos de acções de enfermagem e grupo de diagnóstico médico

Deste modo passamos a descrever a distribuição de algumas características da amostra em relação às variáveis em estudo. Pretende-se com esta abordagem descritiva prévia contextualizar e orientar metodologicamente o procedimento de análises seguintes.

GRÁFICO 7.2.1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE A GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO



A distribuição da amostra inicial nesta variável compreendia 10 grupos de diagnóstico distintos. Para uma análise mais consistente e por alguns destes diagnósticos terem uma representação muito pequena no contexto global da amostra optamos por definir 7 grupos de diagnóstico distintos. Grupo de diagnóstico respiratório, oncológico, digestivo, vascular, infeccioso, ortopédico e o grupo outros. Este último grupo de diagnóstico agrupa os grupos de diagnóstico menos representativos como o cardíaco (5 casos), endócrino (2 casos), renal (1 caso) e dermatológico (3 casos).

Assim, do gráfico 7.2.1 observamos que o grupo de diagnóstico mais representativo é o respiratório com 29 casos (26%), seguido do digestivo com 22 casos (19%) e do vascular com 18 casos (16%). O grupo de diagnóstico menos representativo é o ortopédico com 8 casos (7%).

A decisão sobre como orientar a abordagem inferencial dos dados estatísticos orientados na utilização prévia de um estudo sobre a normalidade da amostra nas suas diferentes perspectivas a partir dos resultados do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (K-S) (Pereira, 2006).

QUADRO 7.2.1. TESTE DA NORMALIDADE DA AMOSTRA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV

Grupo Diagnóstico		Custos Farmácia	Custos Directos	Custos Pessoal	Total Custos	Nº Dias	THCN
Respiratório	Kolmogorov-Smirnov Z	1,016	1,959	0,972	0,808	0,725	0,972
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,254	<u>0,001*</u>	0,302	0,531	0,669	0,302
Oncológico	Kolmogorov-Smirnov Z	0,583	1,829	0,621	0,703	0,862	0,621
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,886	<u>0,002*</u>	0,835	0,706	0,447	0,835
Outros	Kolmogorov-Smirnov Z	0,823	1,516	0,989	0,973	0,601	0,989
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,508	<u>0,020*</u>	0,282	0,301	0,863	0,282
Digestivo	Kolmogorov-Smirnov Z	1,247	2,023	1,122	1,316	0,894	1,122
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,089	<u>0,001*</u>	0,161	0,063	0,401	0,161
Vascular	Kolmogorov-Smirnov Z	1,042	1,350	1,117	1,271	0,943	1,117
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,228	0,052	0,165	0,079	0,337	0,165
Infeccioso	Kolmogorov-Smirnov Z	0,978	1,289	0,751	0,652	0,529	0,751
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,295	0,072	0,625	0,788	0,943	0,625
Ortopédico	Kolmogorov-Smirnov Z	0,767	1,105	0,755	0,676	0,707	0,755
	Asymp. Sig. (2-tailed)	0,598	0,174	0,618	0,751	0,699	0,618

* (p < 0,05)

Pela análise do quadro anterior podemos confirmar que se trata de variáveis que na sua maioria revelam uma distribuição próxima do normal com valores de significância superiores a 0,05, ou seja, o teste K-S para a maioria dos tipos de custos rejeita a hipótese H0 de que a distribuição foge à normalidade. Apenas as variáveis “custos directos” no grupo de doentes respiratório, oncológico, outros e digestivo mostraram não cumprir o requisito mínimo para o uso de uma estratégia de análise paramétrica, por esse motivo decidimos não incluir esta variável nas análises subsequentes. Um outro motivo que fundamenta esta decisão é o facto de que ao contrário dos outros custos referidos este não é individualizado por doente, sendo resultante de um custo médio estimado pelos serviços. Deste modo apenas será considerado na soma que resulta no valor de custo total por doente.

Todas as outras variáveis, em todos os grupos de diagnóstico, apresentam uma distribuição próxima da normalidade. Deste modo esta análise sugere-nos a utilização de procedimentos estatísticos paramétricos nas análises de diferenças entre médias (Teste One Way ANOVA) e análise de associações entre as variáveis (Correlação de Pearson). Usamos também na análise das diferenças entre proporções o teste não paramétrico de Qui-Quadrado.

7.2.1. ANÁLISE DAS DESPESAS POR DIAGNÓSTICO MÉDICO

O quadro 7.2.1.1 descreve as despesas por grupo de diagnóstico médico. Da sua análise verificamos que existem diferenças nos valores médios de custo em farmácia para os diferentes grupos de diagnóstico médico, por doente. O grupo de diagnóstico que apresenta um custo médio de farmácia mais elevado por doente é o respiratório 553,05€, seguido do infeccioso com um gasto médio de 3601,60€ e do oncológico com 330,89€. O grupo de diagnóstico com um custo médio menor de farmácia por doente é o ortopédico com 77,96€.

Observamos também a partir do quadro 7.2.1.1 que, relativamente à média de custos referentes ao pessoal de enfermagem por grupo de diagnóstico médico, o que apresenta um custo médio mais elevado é o respiratório com 2089,46€, seguido do infeccioso com 1693,43€ e do vascular com 1675,00€. O grupo de diagnóstico com uma média de custo em pessoal de enfermagem por doente mais baixa é o ortopédico com 714,51€. Quanto ao valor médio de custos totais por doente, é mais elevado no grupo de diagnóstico do foro respiratório com 2596,65€, seguido do infeccioso com 2094,60€ e do vascular com 2036,30. A média de custos totais é mais baixa no grupo ortopédico com 814,82€.

QUADRO 7.2.1.1 – ANÁLISE DAS DESPESAS MÉDIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

	Grupos Diagnóstico	Nº de Casos	Valor Médio	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Custos Farmácia	Respiratório	29	553,05	525,9763	3,5	1807,82
	Oncológico	15	330,89	284,3773	4,57	852,49
	Outros	11	124,37	119,2512	2,51	417,5
	Digestivo	22	200,91	265,0018	10,51	1270,25
	Vascular	18	323,9	419,9129	5,91	1209,1
	Infeccioso	10	361,6	415,9712	60	1271,16
	Ortopédico	8	77,96	63,73812	21,97	205,16
	Total	113	326,19	399,4464	2,51	1807,82
Custos Pessoal Enfermagem	Respiratório	29	2089,46	1422,875	321,03	6420,6
	Oncológico	15	957,74	502,9253	222,94	2024,27
	Outros	11	1199,81	975,9784	205,1	3495,66
	Digestivo	22	965,52	677,3733	196,19	2728,76
	Vascular	18	1675	1282,171	196,19	4547,93
	Infeccioso	10	1693,43	856,8378	517,22	2586,08

	Ortopédico	8	714,51	395,2098	214,02	1337,63
	Total	113	1435,4	1126,749	196,19	6420,6
Total Custos	Respiratório	29	2596,65	1842,406	384,42	7636,87
	Oncológico	15	1303,09	722,9679	253,12	2897,03
	Outros	11	1359	1079,234	231,2	3970,03
	Digestivo	22	1189,57	860,0113	226,97	3091,86
	Vascular	18	2036,3	1669,751	227,02	5816,92
	Infecioso	10	2094,6	1053,873	634,98	3342,63
	Ortopédico	8	814,82	445,3729	291,66	1566,38
	Total	113	1770,68	1433,994	226,97	7636,87

Quisemos saber se estas diferenças assumem valores significativos quando comparados entre grupos de diagnóstico. Para isso usámos o teste de análise das diferenças entre médias para mais de 2 grupos, (Teste One Way ANOVA), por ser segundo Polit e Hungler (2000:478), “o que mais se enquadra neste tipo de abordagem”.

QUADRO 7.2.1.2 – ANÁLISE DE VARIÂNCIA DAS DESPESAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Cfarmacia	Between Groups	2791781	6	465296,802	3,271	,005
	Within Groups	15078653	106	142251,439		
	Total	17870433	112			
CPessoal	Between Groups	27152934	6	4525489,051	4,170	,001
	Within Groups	1,2E+008	106	1085266,478		
	Total	1,4E+008	112			
TCustos	Between Groups	41986440	6	6997739,994	3,939	,001
	Within Groups	1,9E+008	106	1776635,849		
	Total	2,3E+008	112			

Assim, pela análise do quadro 7.2.1.2, verificamos que relativamente às diferenças entre as médias de “custos de farmácia”, “custos com pessoal” e “total de custos” para os diferentes grupos em análise (grupos de diagnóstico), essas diferenças são estatisticamente significativas: ($F=3,271$; $df=6$; $p=0,005$) para “custos de farmácia”; ($F=4,170$; $df=6$; $p=0,001$) para “custos de pessoal”; ($F=3,939$; $df=6$; $p=0,001$) para “custos totais”.

Em síntese podemos considerar que em função do grupo de diagnóstico em análise os custos associados tendem a aumentar ou a diminuir.

7.2.2. ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS POR DIAGNÓSTICO MÉDICO

Para dar resposta a um dos nossos objectivos quisemos saber como se associavam os valores de custos entre si. De seguida apresentamos os quadros com as análises de correlação entre as variáveis *tipos de custos*. A análise do coeficiente de correlação fornece-nos o valor da magnitude e da direcção da relação entre duas variáveis. Como estatística inferencial o *r* de Pearson emprega-se para verificar hipóteses relativas a associações entre conceitos. (Polit e Hungler, 2000)

QUADRO 7.2.2.1 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO RESPIRATÓRIO

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,978**	
Custo Farmácia	0,828**	0,742**

**p=0,01

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “*custos de farmácia*”, “*custos com pessoal*” e “*total de custos*” no grupo de diagnóstico respiratório, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os *custos de pessoal* e o *total de custos*. (0,978). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de $p=0,01$.

QUADRO 7.2.2.2 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,952**	
Custo Farmácia	0,853**	0,655**

**p= 0,01

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “*custos de farmácia*”, “*custos com pessoal*” e “*total de custos*” no grupo de diagnóstico oncológico, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os *custos de pessoal* e

o total de custos. (0,952). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de $p=0,01$.

QUADRO 7.2.2.3 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO OUTROS

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,999**	
Custo Farmácia	0,929**	0,925**

** $p= 0,01$

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “custos de farmácia”, “custos com pessoal” e “total de custos”no grupo de diagnóstico outros, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os custos de pessoal e o total de custos. (0,999). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de $p=0,01$.

QUADRO 7.2.2.4 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO DIGESTIVO

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,969**	
Custo Farmácia	0,763**	0,578**

** $p= 0,01$

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “custos de farmácia”, “custos com pessoal” e “total de custos”no grupo de diagnóstico digestivo, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os custos de pessoal e o total de custos. (0,969). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de $p=0,01$.

QUADRO 7.2.2.5 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO VASCULAR

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,994**	
Custo Farmácia	0,937**	0,894**

**p= 0,01

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “custos de farmácia”, “custos com pessoal” e “total de custos”no grupo de diagnóstico vascular, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os custos de pessoal e o total de custos. (0,994). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de p=0,01.

QUADRO 7.2.2.6 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO INFECCIOSO

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,923**	
Custo Farmácia	0,624	0,275

**p= 0,01

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “custos de farmácia”, “custos com pessoal” e “total de custos”no grupo de diagnóstico infeccioso, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os custos de pessoal e o total de custos. (0,923). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de p=0,01.

QUADRO 7.2.2.7 – CORRELAÇÃO ENTRE TIPOS DE CUSTOS NO GRUPO DE DIAGNÓSTICO ORTOPÉDICO

	Total Custos	Custo Pessoal
Custo Pessoal	0,996**	
Custo Farmácia	0,824*	0,767*

**p= 0,01

*p= 0,05

A análise dos valores de correlação de Pearson entre os valores das variáveis “custos de farmácia”, “custos com pessoal” e “total de custos” no grupo de diagnóstico ortopédico, revela que as maiores associações se dão ao nível da relação entre os custos de pessoal e o total de custos. (0,996). Estas associações apresentam um elevado significado estatístico ao nível de $p=0,01$.

Em síntese podemos assumir que em todos os diagnósticos há um elevado significado estatístico quando relacionados com os custos em análise.

7.2.3. ANÁLISE DESCRITIVA DA VARIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA DAS ACÇÕES DE ENFERMAGEM AO LONGO DOS DIAS DE INTERNAMENTO

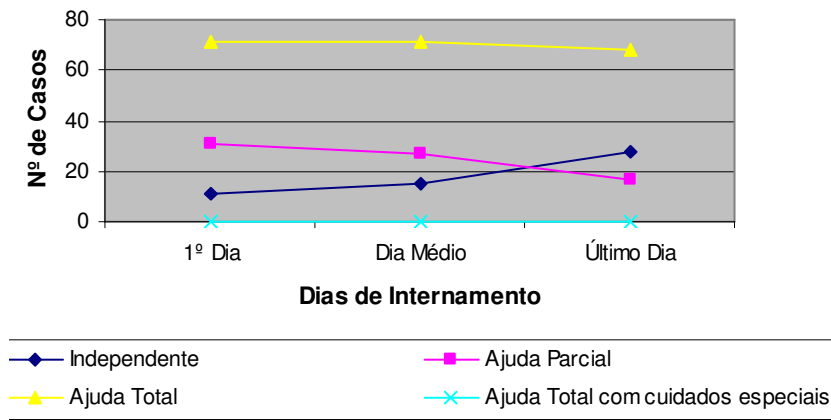
Na análise dos próximos gráficos pretende-se perceber a variação das necessidades de acções de enfermagem ao longo dos dias de internamento. Esta tem por base a folha de classificação de doentes, sendo que diariamente os doentes são classificados em necessidades de cuidados pela equipa de enfermagem. Esta classificação pontua estas necessidades e atribui pela conversão pontual o nº de horas de cuidados de enfermagem necessários.

Na descrição das necessidades de cuidados de enfermagem por actividade assumimos relativamente às actividades de terapêutica, tratamentos, sinais vitais e actividades especiais níveis de graus de dependência devido ao intervalo de pontuação em alguns dos casos observados, que compreendia valores muito difíceis de agrupar por características específicas das intervenções. Estes níveis pretendem respeitar na sua nomenclatura uma necessidade crescente de dependência nestas actividades. Assim a actividade interdependente terapêutica compreende quatro níveis de dependência, (Nível I a que corresponde uma pontuação ≤ 5 ; Nível II a que corresponde uma pontuação no intervalo > 5 e ≤ 10 ; Nível III a que corresponde uma pontuação no intervalo > 10 e ≤ 15 ; Nível IV a que corresponde uma pontuação > 15). A actividade interdependente tratamentos compreende três níveis de dependência, (Nível I a que corresponde uma pontuação < 5 ; Nível II a que corresponde uma pontuação no intervalo $> = 5$ e < 10 ; Nível III a que corresponde uma pontuação no intervalo $> = 10$). A

actividade interdependente avaliação de sinais vitais compreende três níveis de dependência, (Nível I a que corresponde uma pontuação <4; Nível II a que corresponde uma pontuação no intervalo ≥ 4 e <8; Nível III a que corresponde uma pontuação no intervalo ≥ 8). Por último a actividade autónoma actividades especiais compreende do mesmo modo três níveis de dependência, (Nível I a que corresponde uma pontuação, <3; Nível II a que corresponde uma pontuação no intervalo, ≥ 3 e <6; Nível III a que corresponde uma pontuação no intervalo, ≥ 6).

Depois de perspectivados alguns aspectos de contexto para a compreensão das várias alterações e considerações procedemos à análise das acções de enfermagem ao longo dos dias de internamento, agrupando-as por autonomia e interdependência. Apresentamos de seguida a análise correspondente às acções autónomas de enfermagem.

GRÁFICO 7.2.3.1 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA HIGIENE AO LONGO DO INTERNAMENTO



Tendo em conta o gráfico 7.2.3.1 e de acordo com o quadro seguinte, podemos considerar que ao longo do internamento a variação na dependência de higiene é pouco expressiva nos vários níveis de dependência. Observamos que o número de indivíduos independentes no último dia de internamento (28;24,8%) é superior ao do 1º dia de internamento (11;9,7%), e que há também uma redução nas necessidades de ajuda parcial de (31;27,4%) no 1º dia para (17;15,0%) no último dia internamento. Verifica-se

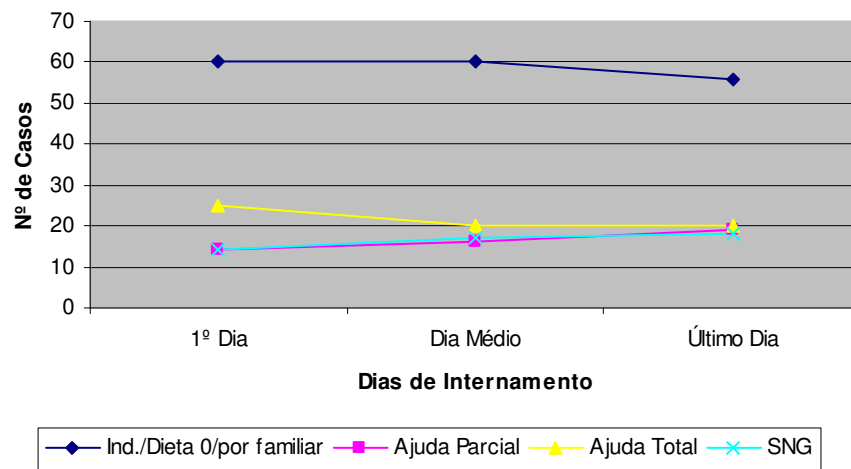
que na necessidade de ajuda total há diferenças ao longo do internamento com uma diferença de (71;62,8%) no 1º dia para (68;60,2%) no último dia de internamento.

QUADRO 7.2.3.1 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE HIGIENE AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independente	11	9,7	15	13,3	28	24,8
Ajuda Parcial	31	27,4	27	23,9	17	15,0
Ajuda Total	71	62,8	71	62,8	68	60,2
Ajuda Total c\ cuidados especiais	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	113	100,00	113	100,00	113	100,00

O gráfico seguinte demonstra a variação do grau de dependência relativamente à necessidade de apoio na alimentação ao longo do internamento

GRÁFICO 7.2.3.2 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO



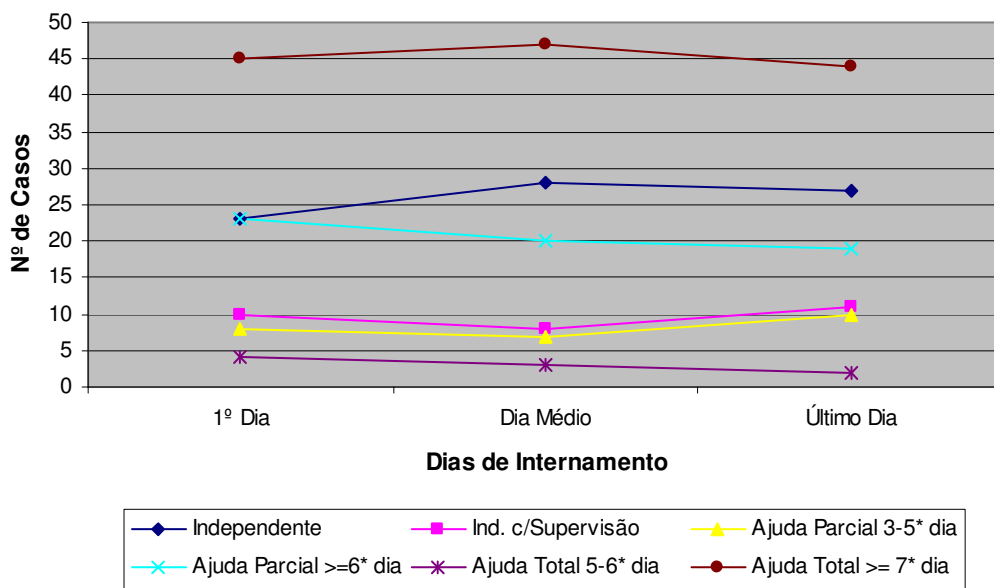
Pela análise do gráfico 7.2.3.2 considerando o quadro 7.2.3.2, constata-se uma diminuição da independência do 1º dia (60; 53,10%) para o último dia de internamento (56;49,56%), e a diminuição na necessidade de ajuda total do 1º dia de internamento (25;22,12%), relativamente ao dia médio e último dia que são iguais (20;17,70%). Também se verifica que as necessidades nos vários níveis de dependência têm uma pequena variação em número de casos ao longo do internamento.

QUADRO 7.2.3.2 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ALIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ind. /Dieta 0/Familiar	60	53,10	60	53,10	56	49,56
Ajuda Parcial	14	12,39	16	14,16	19	16,81
Ajuda Total	25	22,12	20	17,70	20	17,70
SNG	14	12,39	17	15,04	18	15,93
Total	113	100,00	113	100,00	113	100,00

O próximo gráfico espelha como o grau de dependência relativamente à actividade de movimentação varia ao longo do internamento

GRÁFICO 7.2.3.3 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA MOVIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO



Da observação do gráfico 7.2.3.3 e considerando o quadro 7.2.3.3, constatamos que ao longo do internamento a variação na dependência na movimentação compreende poucas alterações. Ocorre um aumento do número de indivíduos independentes no dia médio e no último dia de internamento (27;23,89%) e (28;24,78%) respectivamente, em relação ao 1º dia (23;20,35%). Podemos destacar ainda uma diminuição na necessidade de ajuda parcial >= 6* dia do 1º dia de internamento (23;20,35%), para o último dia internamento (19;16,81%). Verifica-se ainda que em todo o internamento as maiores necessidades de dependência são de ajuda total >=7*dia. Observa-se também que a variação em número

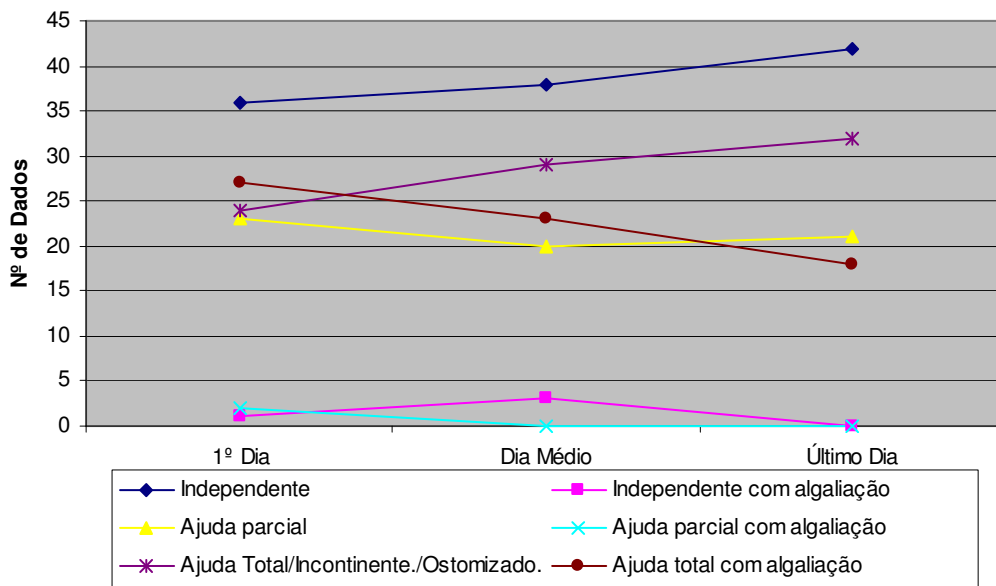
de casos nos diferentes graus de dependência ao longo do internamento é muito constante e similar.

QUADRO 7.2.3.3 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independente	23	20,35	28	24,78	27	23,89
Ind. c/Supervisão	10	8,85	8	7,08	11	9,73
Ajuda Parcial 3-5* dia	8	7,08	7	6,19	10	8,85
Ajuda Parcial > =6* dia	23	20,35	20	17,70	19	16,81
Ajuda Total 5-6* dia	4	3,54	3	2,65	2	1,77
Ajuda Total > = 7* dia	45	39,82	47	41,59	44	38,94
Total	113	100,00	113	100,00	113	100,00

A análise seguinte pretende compreender a variação do grau de dependência na acção autónoma eliminação ao longo do internamento.

GRÁFICO 7.2.3.4 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA ELIMINAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO



Da análise do gráfico 7.2.3.4 em concordância com o quadro 7.2.3.4, observamos que na variação entre o grau dependência e os dias de internamento existem algumas diferenças a considerar. Assim, podemos referir que há um aumento do número de indivíduos independentes no último dia de internamento (42;37,17%) em relação ao 1º

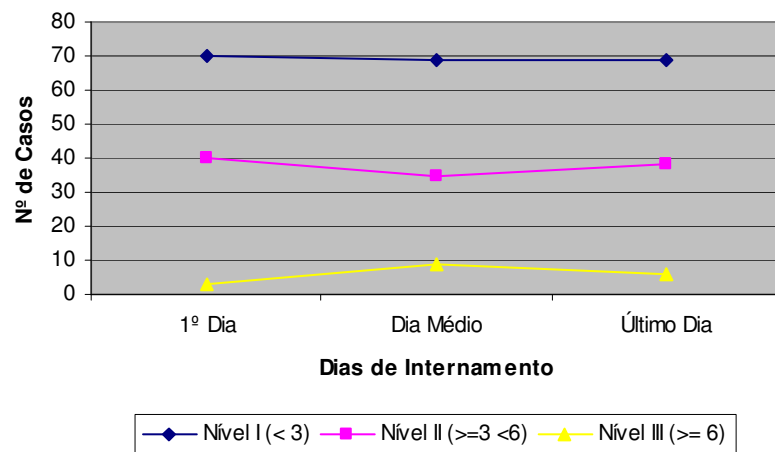
dia de internamento (36;31,86%). Verifica-se também um aumento ao longo do internamento na necessidade de ajuda total/inc/ost. de (24;21,24%) no 1º dia para (29;25,66%) para(29;25,66%) no dia médio e para (32;28,32%) no último dia internamento. É ainda de salientar a redução na necessidade de ajuda total com algaliação ao longo do internamento, de (27;23,89%) no 1º dia para (18;15,93%) no último dia de internamento.

QUADRO 7.2.3.4 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ELIMINAÇÃO AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independente	36	31,86	38	33,63	42	37,17
Ind. c\ Alg.	1	0,88	3	2,65	0	0,00
Ajuda Parcial	23	20,35	20	17,70	21	18,58
Ajuda Parcial c\ Alg.	2	1,77	0	0,00	0	0,00
Ajuda Total/Inc./Ost.	24	21,24	29	25,66	32	28,32
Ajuda Total c\ Alg.	27	23,89	23	20,35	18	15,93
Total	113	100,00	113	100,00	113	100,00

A análise seguinte descreve a variação do grau de dependência na acção autónoma actividades especiais ao longo do internamento. Nas actividades especiais agrupam-se todo o tipo de actividades que se relacionam com apoio psicológico, ensinos programados, isolamento ou imobilizações de doentes e situações de deficiência sensorial não compensada.

GRÁFICO 7.2.3.5 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ACTIVIDADES ESPECIAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO



Tendo em conta a análise do gráfico 7.2.3.5 e o quadro 7.2.3.5, observamos que não há grande variação dos níveis de dependência ao longo dos dias de internamento. A dependência de nível I nesta actividade é muito superior relativamente a outros níveis de dependência e mantém-se constante ao longo do internamento. As necessidades de nível I no 1º dia verificam-se em (70;61,95%) no dia médio e no último dia de internamento em (69;61,06%) dos casos. As necessidades nos outros níveis de dependência também se mantêm muito semelhantes ao longo do internamento ainda que em menor número que as necessidades de nível I. No nível II verificam-se no 1º dia (40;35,4%) no dia médio (35;30,97%), havendo um aumento das actividades de nível II no último dia de internamento (38;33,63%). Podemos considerar ainda nesta leitura que existe um aumento das necessidades de nível III no dia médio, de (3;2,65) no 1º dia para (9;7,97%), que voltam a diminuir no último dia de internamento para (6;5,31%).

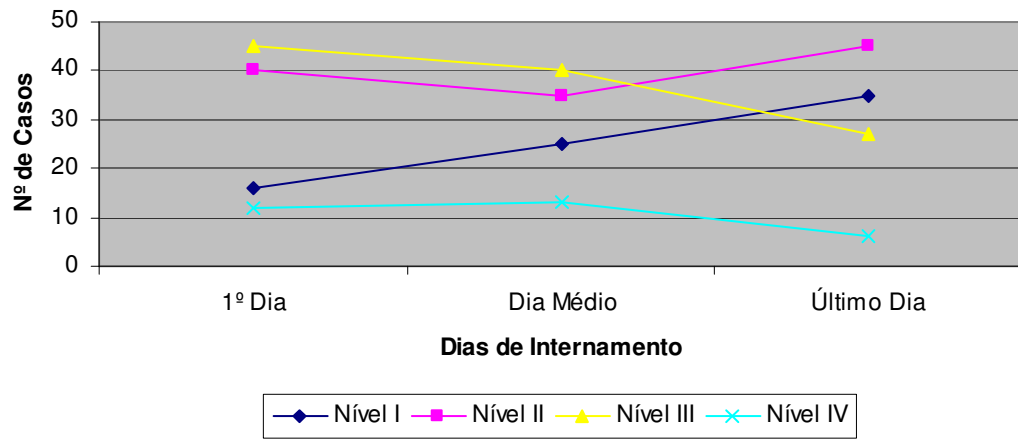
Por esta análise se referir a actividades de acompanhamento e apoio, a sua não variação ao longo do internamento justifica-se exactamente pela sua especificidade no acompanhamento a situações que quando detectadas exigem uma acção planeada numa continuidade que pode continuar para além do internamento.

QUADRO 7.2.3.5 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ACTIVIDADES ESPECIAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível I (<3)	70	61,95	69	61,06	69	61,06
Nível II (> =3 <6)	40	35,4	35	30,97	38	33,63
Nível III (> = 6)	3	2,65	9	7,97	6	5,31
Total	113	100	113	100	113	100

Depois da análise da variação das acções autónomas de enfermagem ao longo do internamento e da compreensão das alterações e considerações mais relevantes procedemos agora à análise da variação das acções interdependentes ao longo dos dias de internamento.

GRÁFICO 7.2.3.6 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA TERAPÊUTICA AO LONGO DO INTERNAMENTO



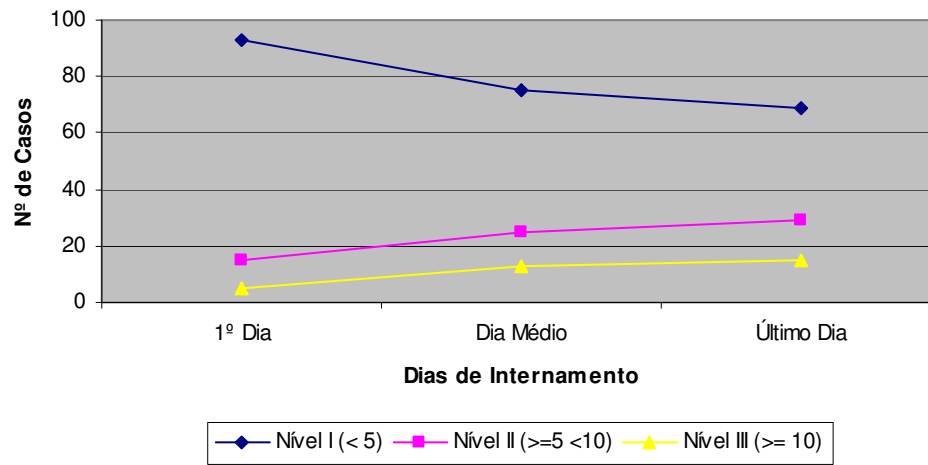
Da análise do gráfico 7.2.3.6 e do quadro 7.2.3.6, observamos que as linhas de variação dos níveis de dependência ao longo dos dias de internamento não assumem valores constantes. No 1º dia de internamento as maiores necessidades são de nível III (45;39,82%) o que também se verifica no dia médio, ainda que em menor número de casos (40;35,4%). No entanto no último dia de internamento verifica-se uma diminuição no nível de dependência sendo o nível II o mais representativo com (45;39,82). Pela análise constatamos também que no último dia de internamento há uma redução de necessidades nos níveis de dependência mais elevados em relação aos outros dias de internamento. Há uma diminuição no nível III com (27;23,89%), comparativamente com os valores anteriormente apresentados dos outros dias, e no nível IV há também uma diminuição com (6;5,31%), em relação a (12;10,62%) do 1º dia e (13;11,5%) no dia médio de internamento. Verifica-se também um aumento das necessidades de nível I ao longo dos dias de internamento, de (16;14,16%) no 1º dia, para (25;22,12%) no dia médio e de (35;30,98%) no último dia de internamento.

QUADRO 7.2.3.6 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE TERAPÊUTICA AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível I (<=5)	16	14,16	25	22,12	35	30,98
Nível II (>5 <=10)	40	35,4	35	30,98	45	39,83
Nível III (>10 <=15)	45	39,82	40	35,4	27	23,89
Nível IV (>15)	12	10,62	13	11,5	6	5,31
Total	113	100	113	100	113	100

O gráfico seguinte demonstra a variação da dependência relativamente à necessidade de tratamentos ao longo do internamento

GRÁFICO 7.2.3.7 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NOS TRATAMENTOS AO LONGO DO INTERNAMENTO



Da análise do gráfico 7.2.3.7 em concordância com o quadro 7.2.3.7, observamos que existe variação nas necessidades de tratamento ao longo dos dias internamento, sendo esta mais relevante na comparação do 1º dia com os outros dias de internamento. Contudo verifica-se que ao longo de todo o internamento as maiores necessidades de tratamentos são de nível I. Mesmo assim há uma diminuição das necessidades a este nível do 1º dia com (93;82,3%), para o dia médio com (75;66,37%) e para o último dia de internamento com (69;61,07%).

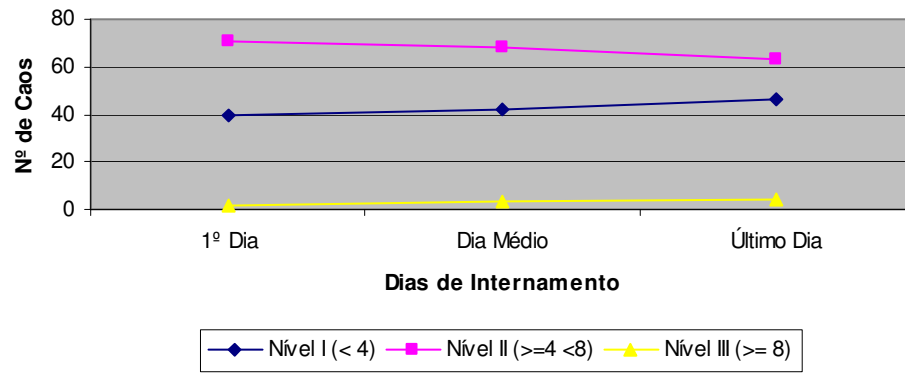
Verifica-se também ao longo do internamento um aumento das necessidades nos outros níveis de tratamentos. Relativamente ao nível II no 1º dia há (15;13,28%), havendo no dia médio um aumento para (25;22,13%) e no ultimo dia mantém-se a mesma tendência com (29;25,66%). No nível III existe também um aumento de necessidades sendo que a variação ocorre entre o 1º dia com (5;4,42%) e o dia médio com (13;11,5%) mantendo-se depois constante ao longo do internamento.

QUADRO 7.2.3.7 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA EM TRATAMENTOS AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível I (< 5)	93	82,3	75	66,37	69	61,07
Nível II (>=5 <10)	15	13,28	25	22,13	29	25,66
Nível III (>= 10)	5	4,42	13	11,5	15	13,27
Total	113	100	113	100	113	100

O próximo gráfico compreende a variação da dependência relativamente à necessidade de avaliação de sinais vitais ao longo do internamento

GRÁFICO 7.2.3.8 – VARIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO



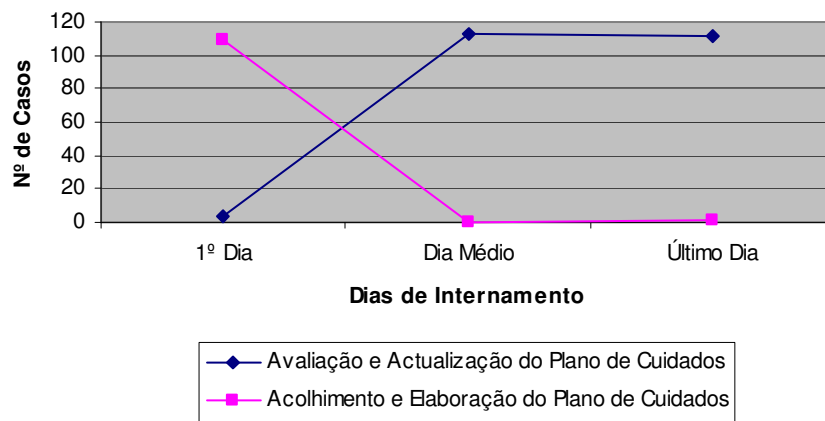
Tendo em conta a análise do gráfico 7.2.3.8 e o quadro 7.2.3.8, observamos que as linhas de variação da dependência na avaliação de sinais ao longo dos dias de internamento não apresentam uma grande variação ao longo dos dias de internamento. Verificamos pela análise que a dependência de nível II nesta actividade é superior relativamente a outros níveis de dependência ao longo de todo o internamento, contudo há neste nível uma diminuição das necessidades nesta actividade ao longo dos dias de internamento. Assim as necessidades de nível II no 1º dia verificam-se em (71;62,83%) no dia médio em (68;60,18%) no último dia de internamento em (63;55,75%). A dependência nos outros níveis é muito semelhante nos diferentes dias, sendo apenas de referir o aumento das necessidades no nível I no ultimo dia de internamento (46;40,71) em relação ao dia médio (42;37,17%), e ao 1º dia com (40;35,4%).

QUADRO 7.2.3.8 – DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nível I (< 4)	40	35,4	42	37,17	46	40,71
Nível II (>=4 <8)	71	62,83	68	60,18	63	55,75
Nível III (>= 8)	2	1,77	3	2,65	4	3,54
Total	113	100	113	100	113	100

Depois da análise da variação das acções autónomas de enfermagem e das acções intervenientes ao longo do internamento, e da compreensão das principais considerações procedemos agora à análise da variação da acção de enfermagem avaliação e planeamento de cuidados considerada como uma actividade de organização.

GRÁFICO 7.2.3.9 – VARIAÇÃO DA AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS AO LONGO DO INTERNAMENTO



Pela análise do gráfico 7.2.3.9 e considerando o quadro 7.2.3.9 observamos que no que se refere à variação desta actividade de organização podemos considerá-la como conforme uma vez que espelha a nível de organização o que deve ser feito pelos enfermeiros no planeamento e gestão dos seus cuidados. No 1º dia de internamento verifica-se um valor máximo no acolhimento e elaboração do plano de cuidados adequados ao doente (109;96,46%), no dia médio e no último dia de internamento existe um valor que podemos considerar também como conforme pois relaciona-se com actividade de avaliação continua e actualização desse plano de cuidados que deve

acontecer diariamente para poder suportar as alterações observadas no doente. Assim nestes dias verifica-se valores de (113;100,00%) e (112;99,12%) respectivamente.

QUADRO 7.2.3.9 – DISTRIBUIÇÃO NA AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS AO LONGO DO INTERNAMENTO

Categoria	1º Dia		Dia Médio		Último Dia	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avaliação e Actualização do Plano de Cuidados	4	3,54	113	100,00	112	99,12
Acolhimento e Elaboração do Plano de Cuidados	109	96,46	0	0,00	1	0,88
Total	113	100,00	113	100,00	113	100,00

Em síntese podemos dizer que o grau de dependência nas actividades autónomas e interdependentes se mantém muito próximas do 1º dia ao último dia de internamento. Verifica-se apenas que a actividade de avaliação e planeamento de cuidados apresenta uma franca diferença entre o 1º dia e o dia médio de internamento. Esta diferença entende-se pela natureza desta actividade de organização que perspectiva num 1º dia o acolhimento e elaboração do plano de cuidados e nos restantes dias de internamento apenas a avaliação e actualização deste plano de cuidados.

7.2.4. ANÁLISE DESCRITIVA DA DEPENDÊNCIA NAS ACÇÕES DE ENFERMAGEM POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Esta descrição assume como objectivo analisar a possível dependência entre estas actividades de enfermagem e os grupos de diagnóstico médico.

Vamos desenvolver esta análise considerando três grupos distintos: as actividades autónomas de enfermagem, as actividades interdependentes, e as actividades de organização, já definidas anteriormente. Na análise vamos perceber nos diferentes grupos de diagnóstico, por actividade de enfermagem, quais os níveis de dependência com maiores necessidades no internamento. Os valores serão apresentados em termos relativos pela frequência média nesse nível de dependência.

Começamos esta análise por compreender a distribuição destes níveis de dependência por grupo de diagnóstico nas diferentes acções autónomas de enfermagem.

QUADRO 7.2.4.1 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE HIGIENE POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Higiene		1º Dia			Dia Médio			Último Dia		
		Ind.	Ajuda Parcial	Ajuda Total	Ind	Ajuda Parcial	Ajuda Total	Ind	Ajuda Parcial	Ajuda Total
Respiratório	N	3	1	25	1	2	26	3	0	26
	%	2,7	0,9	22,1	0,9	1,8	23,0	2,7	0,0	23,0
Oncológico	N	3	6	6	3	7	5	2	6	7
	%	2,7	5,3	5,3	2,7	6,2	4,4	1,8	5,3	6,2
Outros	N	5	0	6	1	3	7	2	2	7
	%	4,4	0,0	5,3	0,9	2,7	6,2	1,8	1,8	6,2
Digestivo	N	9	5	8	2	13	7	1	13	8
	%	8,0	4,4	7,1	1,8	11,5	6,2	0,9	11,5	7,1
Vascular	N	4	1	13	2	3	13	4	1	13
	%	3,5	0,9	11,5	1,8	2,7	11,5	3,5	0,9	11,5
Infeccioso	N	1	2	7	1	2	7	1	2	7
	%	0,9	1,8	6,2	0,9	1,8	6,2	0,9	1,8	6,2
Ortopédico	N	3	2	3	1	1	6	2	3	3
	%	2,7	1,8	2,7	0,9	0,9	5,3	1,8	2,7	2,7
Total	N	28	17	68	11	31	71	15	27	71
	%	24,8	15,0	60,2	9,7	27,4	62,8	13,3	23,9	62,8
Qui-Quadrado Pearson		28,334			34,526			29,012		
Sig. (p)		0,005			0,001			0,004		

Da análise do quadro observamos que nos cuidados de higiene, relativamente ao nível de dependência, no grupo de diagnóstico respiratório as maiores necessidades são de ajuda total com 88,23% dos casos, bem como no grupo de diagnóstico outros com 60% dos casos, no grupo diagnóstico vascular com 72,2% dos casos, no grupo diagnóstico infeccioso com 47% dos casos e no grupo diagnóstico ortopédico com 50% dos casos. No grupo de diagnóstico oncológico as maiores necessidades são de ajuda parcial com 42% dos casos, tal como no grupo de diagnóstico digestivo com 46,8% dos casos.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de higiene e os grupos de diagnóstico médico, dado que têm valores de $X^2=28,334$; $p=0,005$ no 1º dia, $X^2=34,526$ $p= 0,001$ no dia médio e $X^2=29,012$ $p= 0,004$ no último dia.

QUADRO 7.2.4.2 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Alimentação		1º Dia				Dia Médio				Último Dia			
		Ind	Ajuda Parcial	Ajuda Total	SNG	Ind.	Ajuda Parcial	Ajuda Total	SNG	Ind.	Ajuda Parcial	Ajuda Total	SNG
Respiratório	N	4	3	12	10	5	2	11	11	6	2	10	11
	%	3,5	2,7	10,6	8,8	4,4	1,8	9,7	9,7	5,3	1,8	8,8	9,7
Oncológico	N	12	3	0	0	12	2	1	0	10	3	1	1
	%	10,6	2,7	0,0	0,0	10,6	1,8	0,9	0,0	8,8	2,7	0,9	0,9
Outros	N	8	1	2	0	9	0	1	1	9	0	1	1
	%	7,1	0,9	1,8	0,0	8,0	0,0	0,9	0,9	8,0	0,0	0,9	0,9
Digestivo	N	19	1	2	0	18	3	1	0	16	3	3	0
	%	16,8	0,9	1,8	0,0	15,9	2,7	0,9	0,0	14,2	2,7	2,7	0,0
Vascular	N	8	4	3	3	7	6	1	4	7	6	2	3
	%	7,1	3,5	2,7	2,7	6,2	5,3	0,9	3,5	6,2	5,3	1,8	2,7
Infeccioso	N	3	0	6	1	3	1	5	1	2	3	3	2
	%	2,7	0,0	5,3	0,9	2,7	0,9	4,4	0,9	1,8	2,7	2,7	1,8
Ortopédico	N	6	2	0	0	6	2	0	0	6	2	0	0
	%	5,3	1,8	0,0	0,0	5,3	1,8	0,0	0,0	5,3	1,8	0,0	0,0
Total	N	60	14	25	14	60	16	20	17	56	19	20	18
	%	53,1	12,4	22,1	12,4	53,1	14,2	17,7	15,0	49,6	16,8	17,7	15,9
Pearson Chi-Square		60,622				61,876				45,578			
Asymp. Sig.		0,000				0,000				0,000			

Tendo em conta o quadro anterior as necessidades na alimentação por grupo de diagnóstico têm a seguinte distribuição. No grupo de diagnóstico respiratório e no grupo de diagnóstico infeccioso as maiores necessidades são de ajuda total com 37,9% e 47% dos casos. Em todos os outros grupos de diagnóstico o nível de dependência com maior número de casos é o independente: no grupo de diagnóstico oncológico com 75,3% dos casos, no grupo diagnóstico outros com 79,1% dos casos, no grupo diagnóstico digestivo com 80,45% dos casos, no grupo diagnóstico vascular com 40,5% dos casos e no grupo de diagnóstico ortopédico com 75% dos casos.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de alimentação e os grupos de diagnóstico médico, dado que têm valores de $X^2=60,622$; $p=0,000$ no 1º dia, $X^2=61,876$; $p= 0,000$ no dia médio e $X^2=45,578$; $p= 0,000$ no último dia de internamento.

QUADRO 7.2.4.3 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE MOVIMENTAÇÃO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Movimentação		1º Dia						Dia Médio						Último Dia					
		a	b	c	d	e	f	A	b	c	d	e	f	a	b	c	d	e	f
Respiratório	N	1	2	1	2	0	23	1	3	1	1	0	23	1	4	1	1	0	22
	%	0,9	1,8	0,9	1,8	0,0	20,4	0,9	2,7	0,9	0,9	0,0	20	0,9	3,5	0,9	0,9	0,0	19,5
Oncológico	N	8	0	3	2	0	2	6	0	2	3	1	3	5	0	2	5	0	3
	%	7,1	0,0	2,7	1,8	0,0	1,8	5,3	0,0	1,8	2,7	0,9	2,7	4,4	0,0	1,8	4,4	0,0	2,7
Outros	N	2	3	3	0	1	2	4	2	2	1	0	2	5	2	1	1	0	2
	%	1,8	2,7	2,7	0,0	0,9	1,8	3,5	1,8	1,8	0,9	0,0	1,8	4,4	1,8	0,9	0,9	0,0	1,8
Digestivo	N	9	0	1	8	1	3	9	0	0	8	1	4	9	1	2	5	1	4
	%	8,0	0,0	0,9	7,1	0,9	2,7	8,0	0,0	0,0	7,1	0,9	3,5	8,0	0,9	1,8	4,4	0,9	3,5
Vascular	N	1	4	0	3	1	9	3	2	1	2	1	9	3	3	1	3	0	8
	%	0,9	3,5	0,0	2,7	0,9	8,0	2,7	1,8	0,9	1,8	0,9	8	2,7	2,7	0,9	2,7	0,0	7,1
Infeccioso	N	2	0	0	2	0	6	3	0	0	1	0	6	2	0	1	2	0	5
	%	1,8	0,0	0,0	1,8	0,0	5,3	2,7	0,0	0,0	0,9	0,0	5,3	1,8	0,0	0,9	1,8	0,0	4,4
Ortopédico	N	0	1	0	6	1	0	2	1	1	4	0	0	2	1	2	2	1	0
	%	0,0	0,9	0,0	5,3	0,9	0,0	1,8	0,9	0,9	3,5	0,0	0,0	1,8	0,9	1,8	1,8	0,9	0,0
Total	N	23	10	8	23	4	45	28	8	7	20	3	47	27	11	10	19	2	44
	%	20,4	8,8	7,1	20,4	3,5	39,8	24,8	7,1	6,2	17,7	2,7	41,6	23,9	9,7	8,8	16,8	1,8	38,9
Chi-Square		94,187						60,66						53,213					
Asymp. Sig.		0,000						0,001						0,006					

Legenda	
a. Independente	d Ajuda parcial ≥ 6 x dia
b. Independente Supervisão	e Ajuda total 5 ou 6 x dia
c. Ajuda parcial 3-5 x dia	f Ajuda total ≥ 7 x dia

Observamos da análise do quadro anterior que as maiores necessidades de movimentação no grupo de diagnóstico respiratório, no grupo de diagnóstico vascular e no grupo de diagnóstico infeccioso são de ajuda total ≥ 7 dia com 78,2%, 48,3% e 57% dos casos, respectivamente. No grupo de diagnóstico o nível de dependência com maior número de casos é o independente. O grupo de diagnóstico oncológico com 42% dos casos, o grupo diagnóstico outros com 33,6% dos casos, e o grupo diagnóstico digestivo com 41% dos casos, correspondem nestes grupos ao nível de dependência mais representativo que é o independente. No grupo de diagnóstico ortopédico as maiores necessidades são de ajuda total ≥ 6 dia com 50% dos casos.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de movimentação e os grupos de diagnóstico médico,

dado que têm valores de $X^2=94,187$; $p=0,000$ no 1º dia, $X^2=60,66$; $p= 0,001$ no dia médio e $X^2=53,213$; $p= 0,006$ no último dia de internamento.

QUADRO 7.2.4.4 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ELIMINAÇÃO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Eliminação		1º Dia						Dia Médio					Último Dia			
		a	b	c	d	E	f	a	b	c	e	f	a	c	e	f
Respiratório	N	3	0	2	1	6	17	4	0	2	8	15	5	2	11	11
	%	2,7	0,0	1,8	0,9	5,3	15,0	3,5	0,0	1,8	7,1	13,3	4,4	1,8	9,7	9,7
Oncológico	N	7	0	5	0	3	0	6	0	5	3	1	6	4	3	2
	%	6,2	0,0	4,4	0,0	2,7	0,0	5,3	0,0	4,4	2,7	0,9	5,3	3,5	2,7	1,8
Outros	N	5	1	3	0	1	1	7	0	2	2	0	8	1	2	0
	%	4,4	0,9	2,7	0,0	0,9	0,9	6,2	0,0	1,8	1,8	0,0	7,1	0,9	1,8	0,0
Digestivo	N	10	0	5	1	6	0	9	2	5	4	2	11	5	5	1
	%	8,8	0,0	4,4	0,9	5,3	0,0	8,0	1,8	4,4	3,5	1,8	9,7	4,4	4,4	0,9
Vascular	N	4	0	4	0	5	5	5	0	3	7	3	5	4	6	3
	%	3,5	0,0	3,5	0,0	4,4	4,4	4,4	0,0	2,7	6,2	2,7	4,4	3,5	5,3	2,7
Infeccioso	N	3	0	1	0	2	4	3	0	1	4	2	3	2	4	1
	%	2,7	0,0	0,9	0	1,8	3,5	2,7	0,0	0,9	3,5	1,8	2,7	1,8	3,5	0,9
Ortopédico	N	4	0	3	0	1	0	4	1	2	1	0	4	3	1	0
	%	3,5	0,0	2,7	0	0,9	0,0	3,5	0,9	1,8	0,9	0,0	3,5	2,7	0,9	0,0
Total	N	36	1	23	2	24	27	38	3	20	29	23	42	21	32	18
	%	32	0,9	20	1,8	21,2	23,9	34	2,7	18	26	20,4	37,2	19	28,3	15,9
Chi-Square		55,577						45,477					31,065			
Asymp. Sig.		0,003						0,005					0,028			

Legenda:	
a. Independente	d Ajuda parcial / Algaliado
b. Independente / Algaliado	e Ajuda total / incontinente / ostomizado
c. Ajuda parcial	f Ajuda total/ incontinente / ostomizado /Algaliado

Pela análise do quadro anterior verificamos que as maiores necessidades na dependência são de ajuda total com algaliação no grupo de diagnóstico respiratório com 49,3% dos casos e no grupo de diagnóstico infeccioso com 30% dos casos. No grupo de diagnóstico vascular as maiores necessidades são de ajuda total com 33,3% dos casos. Nos restantes grupos de diagnóstico a independência é o nível mais representativo com 42% de casos no grupo de diagnóstico oncológico, 51,8% de casos no grupo de diagnóstico outros, 45,5% de casos no grupo de diagnóstico digestivo e 50% dos casos, no grupo diagnóstico ortopédico.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de eliminação e os grupos de diagnóstico médico, dado que têm valores de $X^2=55,577$; $p=0,003$ no 1º dia, $X^2=45,477$ $p= 0,005$ no dia médio e $X^2=31,065$; $p= 0,028$ no último dia de internamento.

QUADRO 7.2.4.5. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE ACTIVIDADES ESPECIAIS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Actividades Especiais		Dia Médio			Dia Médio			Último Dia		
		Nível I	Nível II	Nível III	Nível I	Nível II	Nível III	Nível I	Nível II	Nível III
Respiratório	N	20	7	2	18	6	5	20	5	4
	%	17,7	6,2	1,8	15,9	5,3	4,4	17,7	4,4	3,5
Oncológico	N	1	14	0	2	12	1	2	13	0
	%	0,9	12,4	0,0	1,8	10,6	0,9	1,8	11,5	0,0
Outros	N	3	7	1	3	7	1	2	8	1
	%	2,7	6,2	0,9	2,7	6,2	0,9	1,8	7,1	0,9
Digestivo	N	5	17	0	4	18	0	4	18	0
	%	4,4	15,0	0,0	3,5	15,9	0,0	3,5	15,9	0,0
Vascular	N	7	11	0	5	11	2	4	13	1
	%	6,2	9,7	0,0	4,4	9,7	1,8	3,5	11,5	0,9
Infeccioso	N	3	7	0	3	7	0	4	6	0
	%	2,7	6,2	0,0	2,7	6,2	0,0	3,5	5,3	0,0
Ortopédico	N	1	7	0	0	8	0	2	6	0
	%	0,9	6,2	0,0	0,0	7,1	0,0	1,8	5,3	0,0
Total	N	40	70	3	35	69	9	38	69	6
	%	35,4	61,9	2,7	31,0	61,1	8,0	33,6	61,1	5,3
Pearson Chi-Square		31,743			33,207			36,242		
Asymp. Sig.		0,002			0,001			0,000		

Tendo em conta o quadro anterior verifica-se que as maiores necessidades no grupo de diagnóstico respiratório são de nível I com 66,6% dos casos. Nos restantes grupos de diagnóstico as maiores necessidades são de nível II. O grupo de diagnóstico oncológico com 86,7% dos casos, o grupo de diagnóstico outros com 66,3% dos casos, o grupo de diagnóstico digestivo com 80,5% dos casos, o grupo diagnóstico infeccioso com 67% dos casos e o grupo de diagnóstico ortopédico com 87,5% dos casos.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades especiais e os grupos de diagnóstico médico, dado que

têm valores de $X^2=31,743$; $p=0,002$ no 1º dia, $X^2=33,207$; $p= 0,001$ no dia médio e $X^2=36,242$; $p= 0,000$ no último dia de internamento.

De seguida analisaremos a distribuição dos níveis de dependência por grupo de diagnóstico nas diferentes acções interdependentes.

QUADRO 7.2.4.6. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE TERAPEUTICA POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Terapêutica		Dia Médio				Dia Médio				Último Dia			
		Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV	Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV	Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV
Respiratório	N	2	4	12	11	2	5	14	8	5	9	13	2
	%	1,8	3,5	10,6	9,7	1,8	4,4	12,4	7,1	4,4	8,0	11,5	1,8
Oncológico	N	3	7	5	0	2	6	6	1	4	7	3	1
	%	2,7	6,2	4,4	0,0	1,8	5,3	5,3	0,9	3,5	6,2	2,7	0,9
Outros	N	0	7	4	0	3	4	3	1	5	2	3	1
	%	0,0	6,2	3,5	0,0	2,7	3,5	2,7	0,9	4,4	1,8	2,7	0,9
Digestivo	N	2	8	11	1	2	9	8	3	5	10	5	2
	%	1,8	7,1	9,7	0,9	1,8	8,0	7,1	2,7	4,4	8,8	4,4	1,8
Vascular	N	4	7	7	0	7	6	5	0	10	7	1	0
	%	3,5	6,2	6,2	0,0	6,2	5,3	4,4	0,0	8,8	6,2	0,9	0,0
Infeccioso	N	2	4	4	0	5	3	2	0	3	6	1	0
	%	1,8	3,5	3,5	0,0	4,4	2,7	1,8	0,0	2,7	5,3	0,9	0,0
Ortopédico	N	3	3	2	0	4	2	2	0	3	4	1	0
	%	2,7	2,7	1,8	0,0	3,5	1,8	1,8	0,0	2,7	3,5	0,9	0,0
Total	N	16	40	45	12	25	35	40	13	35	45	27	6
	%	14,2	35,4	39,8	10,6	22,1	31,0	35,4	11,5	31,0	39,8	23,9	5,3
Pearson Chi-Square		43,467				33,063				22,395			
Asymp. Sig.		0,001				0,028				0,215			

Da análise do quadro anterior retira-se que as maiores necessidades no grupo de diagnóstico respiratório são de nível III com 44,8% dos casos. Ao grupo de diagnóstico oncológico com 44,7% dos casos, ao grupo de diagnóstico outros com 39,1% dos casos, ao grupo de diagnóstico digestivo com 41% dos casos e ao grupo de diagnóstico infeccioso com 43% dos casos correspondem as maiores necessidades no nível II de dependência. No grupo de diagnóstico vascular com 38,8% dos casos, e no grupo de diagnóstico ortopédico com 66,3% dos casos, correspondem as maiores necessidades ao nível I de dependência.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de terapêutica e os grupos de diagnóstico médico, dado que têm valores de $X^2=43,467$; $p=0,001$ no 1º dia, $X^2=33,063$; $p= 0,028$ no dia médio. No último dia. esta dependência não se verifica pois observamos um valor de $X^2= 22,395$ para $p= 0,215$.

QUADRO 7.2.4.7 – ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA DE TRATAMENTOS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Tratamentos		Dia Médio			Dia Médio			Último Dia		
		Nível I	Nível II	Nível III	Nível I	Nível II	Nível III	Nível I	Nível II	Nível III
Respiratório	N	22	3	4	15	8	6	17	8	4
	%	19,5	2,7	3,5	13,3	7,1	5,3	15,0	7,1	3,5
Oncológico	N	14	1	0	10	2	3	10	3	2
	%	12,4	0,9	0,0	8,8	1,8	2,7	8,8	2,7	1,8
Outros	N	9	1	1	7	2	2	7	2	2
	%	8,0	0,9	0,9	6,2	1,8	1,8	6,2	1,8	1,8
Digestivo	N	22	0	0	19	3	0	17	2	3
	%	19,5	0,0	0,0	16,8	2,7	0,0	15,0	1,8	2,7
Vascular	N	11	7	0	10	6	2	8	8	2
	%	9,7	6,2	0,0	8,8	5,3	1,8	7,1	7,1	1,8
Infeccioso	N	8	2	0	7	3	0	6	2	2
	%	7,1	1,8	0,0	6,2	2,7	0,0	5,3	1,8	1,8
Ortopédico	N	7	1	0	7	1	0	4	4	0
	%	6,2	0,9	0,0	6,2	0,9	0,0	3,5	3,5	0,0
Total	N	93	15	5	75	25	13	69	29	15
	%	82,3	13,3	4,4	66,4	22,1	11,5	61,1	25,7	13,3
Pearson Chi-Square		24,731			14,595			10,983		
Asymp. Sig.		0,016			0,264			0,530		

Observamos pela análise do quadro anterior que em todos os grupos de diagnóstico as maiores necessidades são de nível I. Verifica-se no grupo de diagnóstico respiratório 62,1% dos casos, no grupo de diagnóstico oncológico 75,3% dos casos, no grupo de diagnóstico outros 70% dos casos, no grupo de diagnóstico digestivo 87,7% dos casos, no grupo de diagnóstico vascular 53,8% dos casos, no grupo de diagnóstico infeccioso 70% dos casos e no grupo de diagnóstico ortopédico 75% dos casos.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de tratamentos e os grupos de diagnóstico médico

apenas no 1º dia com valores de $X^2=24,731$ para $p=0,016$. Esta dependência não se verifica no dia médio e no último dia de internamento por observarmos valores de $X^2=14,595$; $p=0,264$ e $X^2=10,983$; $p=0,530$ respectivamente.

QUADRO 7.2.4.8. ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO NA DEPENDÊNCIA NA AVALIAÇÃO DE SINAIS VITAIS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Sinais Vitais		Dia Médio			Dia Médio			Último Dia		
		Nível I	Nível II	Nível III	Nível I	Nível II	Nível III	Nível I	Nível II	Nível III
Respiratório	N	14	14	1	16	13	0	19	9	29
	%	12,4	12,4	0,9	14,2	11,5	0,0	16,8	8,0	25,7
Oncológico	N	6	9	0	4	10	1	4	11	15
	%	5,3	8,0	0,0	3,5	8,8	0,9	3,5	9,7	13,3
Outros	N	3	8	0	3	8	0	4	7	11
	%	2,7	7,1	0,0	2,7	7,1	0,0	3,5	6,2	9,7
Digestivo	N	3	18	1	3	18	1	2	20	22
	%	2,7	15,9	0,9	2,7	15,9	0,9	1,8	17,7	19,5
Vascular	N	5	13	0	6	11	1	7	9	18
	%	4,4	11,5	0,0	5,3	9,7	0,9	6,2	8,0	15,9
Infeccioso	N	8	2	0	8	2	0	9	1	10
	%	7,1	1,8	0,0	7,1	1,8	0,0	8,0	0,9	8,8
Ortopédico	N	1	7	0	2	6	0	1	6	8
	%	0,9	6,2	0,0	1,8	5,3	0,0	0,9	5,3	7,1
Total	N	40	71	2	42	68	3	46	63	113
	%	35,4	62,8	1,8	37,2	60,2	2,7	40,7	55,8	100,0
Pearson Chi-Square		20,591			21,401			38,297		
Asymp. Sig.		0,57			0,045			0,000		

Tendo em conta a análise do quadro anterior observamos que no nível I de dependência se encontram as maiores necessidades dos seguintes grupos de diagnóstico: o grupo de diagnóstico respiratório com 56,2% dos casos, o grupo de diagnóstico oncológico com 66,7% dos casos, o grupo de diagnóstico outros com 70% dos casos, o grupo de diagnóstico digestivo com 85% dos casos e o grupo de diagnóstico infeccioso com 83% dos casos. No grupo de diagnóstico vascular com 61,1%% dos casos, e no grupo de diagnóstico ortopédico com 78,8% dos casos, correspondem as maiores necessidades ao nível II de dependência.

Observamos também pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson, que existe dependência entre as actividades de tratamentos e os grupos de diagnóstico médico no

último dia internamento $X^2=38,297$; $p=0,000$ e no dia médio de internamento por observarmos valores de $X^2=21,401$; $p=0,045$. Esta dependência não se verifica no 1º dia de internamento por observarmos valores de $X^2=20,591$; $p=0,57$.

Em síntese podemos considerar que existe em todos os dias de internamento dependência entre as acções autónomas e os grupos de diagnóstico médico. Porém esta dependência não se verifica em todos os diferentes dias de internamento entre as acções interdependentes e os grupos de diagnóstico médico.

7.2.5. RELAÇÃO ENTRE OS DIAS MÉDIOS DE INTERNAMENTO E AS HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS POR GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Da análise tabela 7.2.5.1, verificamos que existem diferenças nos valores médios de dias de internamento para os diferentes grupos de diagnóstico. O grupo de diagnóstico que apresenta um valor mais elevado é o infeccioso com 15,5 dias, seguido do vascular com 15,06 dias. O grupo com valor menos elevado é o ortopédico com 9 dias. Relativamente às horas de cuidados necessárias por diagnóstico médico observamos que existem também diferenças, sendo que o grupo de diagnóstico com um valor médio mais elevado é o respiratório com 117,16 horas, seguido do grupo de diagnósticos do foro infeccioso com 94,95 horas de cuidados necessárias. O grupo com o valor médio de horas necessárias menos elevado é o ortopédico com 40,06 horas.

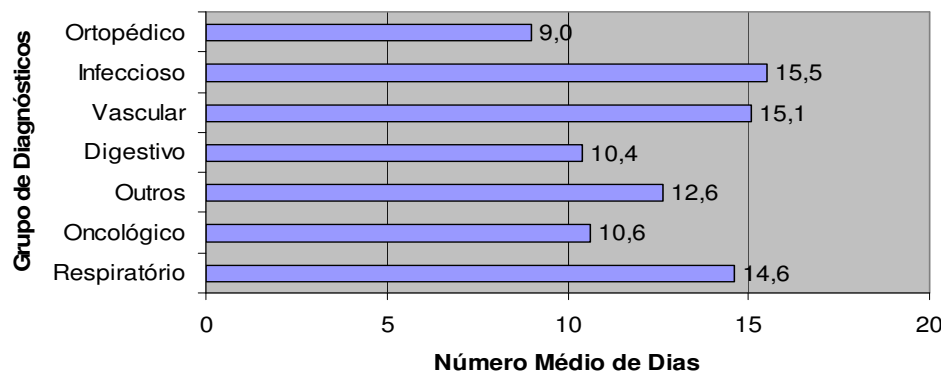
TABELA 7.2.5.1 – ANÁLISE DOS DIAS MÉDIOS DE INTERNAMENTO E HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

	Grupos Diagnóstico	Nº de Casos	Valor Médio	Valor Mínimo	Valor Máximo
Nº Dias de Internamento (Nº Dias)	Respiratório	29	14,59	6	40
	Oncológico	15	10,60	5	25
	Outros	11	12,64	4	22
	Digestivo	22	10,41	4	25
	Vascular	18	15,06	4	31
	Infeccioso	10	15,50	9	26
	Ortopédico	8	9,00	4	19
	Total	113	12,81	4	40

Total de Horas de Cuidados Necessários (THCN)	Respiratório	29	117,16	18	360
	Oncológico	15	53,70	12,5	113,5
	Outros	11	67,27	11,5	196
	Digestivo	22	54,14	11	153
	Vascular	18	93,92	11	255
	Infecioso	10	94,95	29	145
	Ortopédico	8	40,06	12	75
	Total	113	80,48	11	360

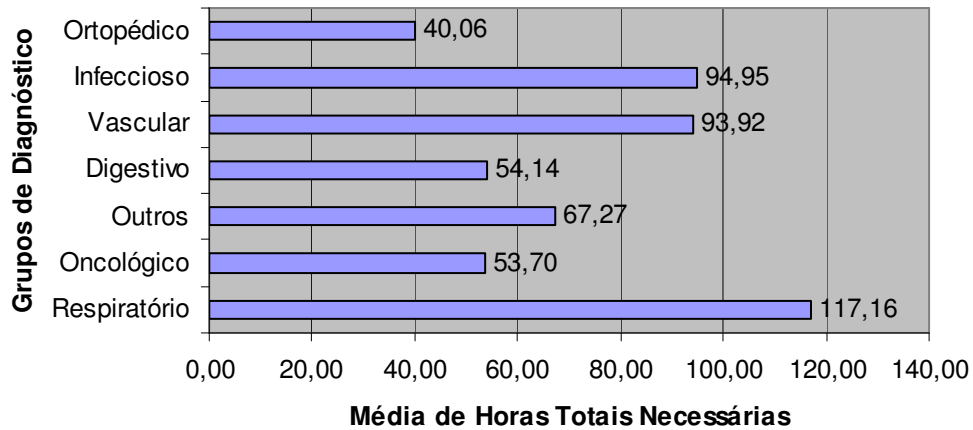
O gráfico seguinte elucida a distribuição do número médio de dias de internamento por grupo de diagnóstico médico. Da sua observação e de acordo com o quadro anterior, percebemos que existem diferenças entre os dias médios de internamento em relação aos grupos de diagnóstico médico.

GRÁFICO 7.2.5.1. RELAÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE DIAS DE INTERNAMENTO POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO



O gráfico 7.2.5.1 compreende a distribuição do número médio de horas totais necessárias por grupo de diagnóstico médico. Observamos pela sua análise e de acordo com o quadro anterior que existem diferenças entre os dias médios de internamento.

GRÁFICO 7.2.5.2. RELAÇÃO DO NÚMERO MÉDIO DE HORAS TOTAIS NECESSÁRIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO



Quisemos saber se estas diferenças, entre número médio de dias de internamento e o número médio de horas totais assumem valores significativos entre os diferentes grupos de diagnóstico. Para isso usámos o teste de análise das diferenças entre médias para mais de 2 grupos, (Teste One Way ANOVA), por ser segundo Polit e Hungler (2000:478) o que mais se adequa a este tipo de análise.

TABELA 7.2.5.2. ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE INTERNAMENTO E AS HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
THCN	Between Groups	85363,171	6	14227,195	4,170	,001
	Within Groups	361656,3	106	3411,852		
	Total	447019,5	112			
Nº Dias	Between Groups	571,155	6	95,192	2,112	,058
	Within Groups	4777,943	106	45,075		
	Total	5349,097	112			

Assim, pela análise da tabela 7.2.5.2, verificamos que relativamente ao número médio de dias de internamento as diferenças não são estatisticamente significativas ($F=2,112$; $p=0,58$). No que diz respeito ao número médio de horas de cuidados necessários durante

o internamento verificamos que esta variável é significativa quando analisada em relação ao grupo de diagnóstico médico, ($F=4,170$; $p= 0,01$).

CAPÍTULO VIII – DISCUSSÃO DE DADOS

Ao considerar esta investigação nos fundamentos da gestão estratégica em saúde projectam-se inquietações que desenvolvemos e que agora expomos.

Parece-nos que pensar sobre novas orientações em saúde não se pode limitar a uma simples reorganização dos seus sistemas, isoladamente, mas sim reajustando e pensando as estruturas a partir das pessoas a quem se destinam os cuidados, bem como aos vários profissionais que prestam cuidados nas situações concretas que vivenciam e explorando essas suas vivências nas perspectivas da orientação.

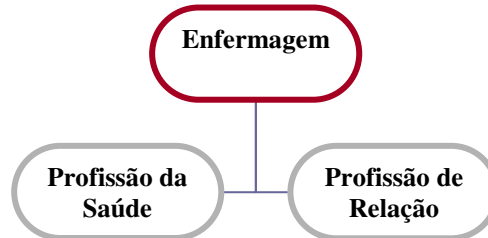
É facto assumido ao longo deste trabalho que as organizações de saúde são um sistema de estruturas complexas pelos inúmeros factores que a caracterizam e a influenciam. Nesta perspectiva pelo princípio do pensamento complexo um sistema deve ao mesmo tempo ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que o compõe, e sobretudo sem negligenciar as múltiplas interações que se produzem constantemente entre esses vários elementos (Hesbeen, 2000). Esta conjugação de condicionantes e possibilidades é reveladora de diferentes identidades na saúde onde a estratégia de revalorização parece emergente. O sucesso do mercado de saúde depende, entre outras coisas dos ganhos de produtividade na prestação dos cuidados de saúde, o que implica uma definição dos contributos dos cuidados de enfermagem nas suas dimensões sociais e económicas para situar a sua contribuição no âmbito das *políticas de saúde* de forma a influenciar a sua orientação e a sua realização. A enfermagem não pode situar-se numa política de saúde se não procurar a sua identidade e situar a sua acção em relação a uma política geral da sociedade.

8.1. CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A análise das questões colocadas aos enfermeiros incidiu sobre a recolha de um conjunto de informações que na sua globalidade permitissem aferir um conjunto de conceitos da realidade de enfermagem, em diferentes contextos de cuidados, que conceptualmente fossem reveladores dos proposições teóricas defendidas. Os discursos

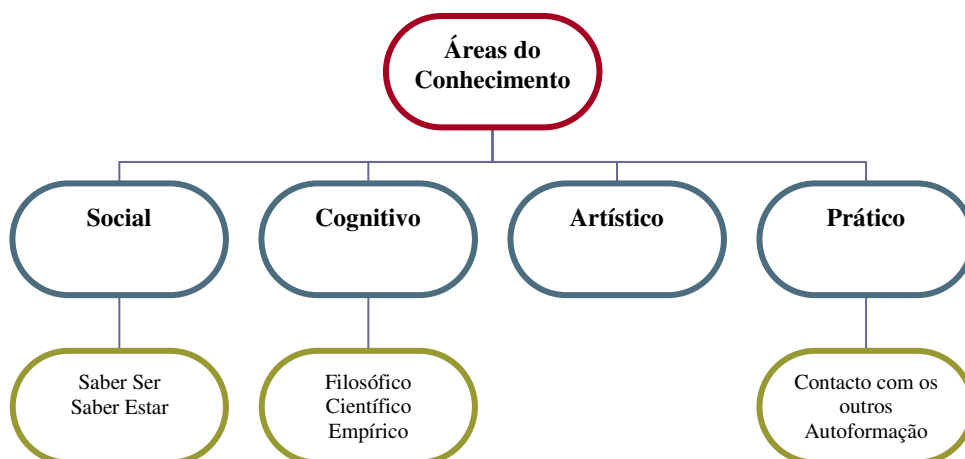
produzidos salientam a importância de alguns desses conceitos tendo sido agrupados essas unidades de análise em categorias que passamos a descrever.

DIAGRAMA 8.1.1. REPRESENTAÇÃO DE ENFERMAGEM ENQUANTO PROFISSÃO



Os discursos produzidos pelos enfermeiros salientam que enfermagem enquanto profissão pode ser definida como *uma profissão do contexto da saúde e como uma profissão de relação*, tal como é referido pelo REPE (1996:2961) “*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo...estabelecer uma relação de ajuda com o utente...*”, nesta perspectiva talvez possamos identificar uma fragilidade na avaliação das horas de cuidados necessárias através do quadro de classificação de doentes pois este não compreende momentos de relação como elemento das actividades de enfermagem.

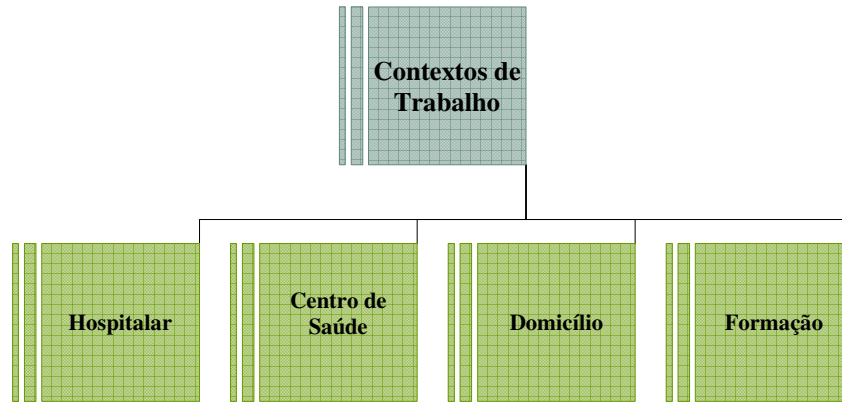
DIAGRAMA 8.1.2. REPRESENTAÇÃO DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM



Os enfermeiros salientam, ainda quando questionados sobre a definição de enfermagem, que esta compreende diferentes áreas de conhecimento, *um conhecimento social, cognitivo, artístico e prático*. Hesbeen (2000) assume que o conhecimento científico é

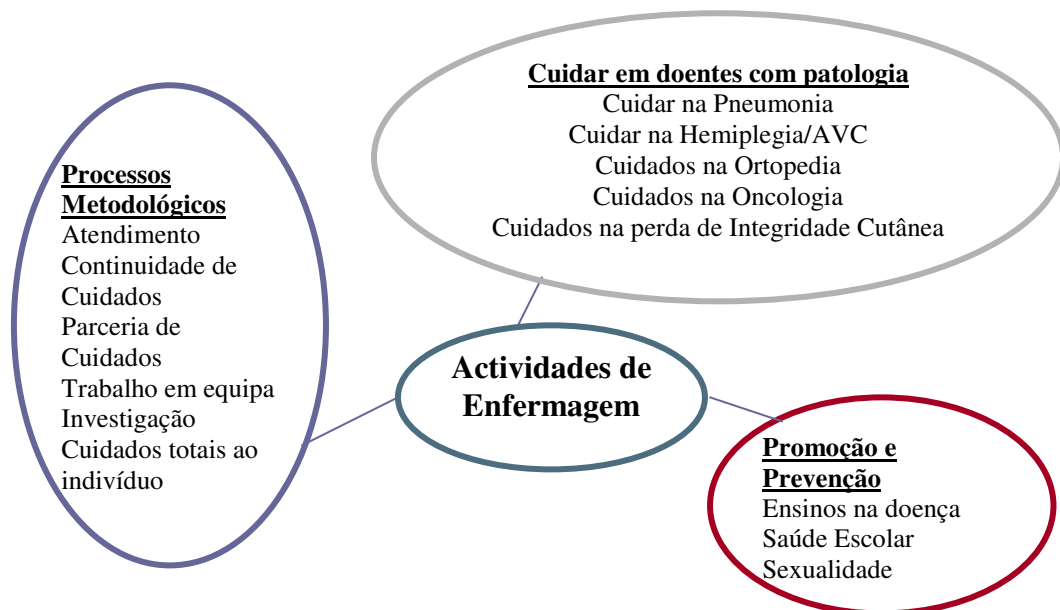
alimentado por esta arte subtil de adequar pressupostos globais à pessoa individual, onde reside a verdadeira complexidade e grandeza da prática do cuidar.

DIAGRAMA 8.1.3. REPRESENTAÇÃO DOS CONTEXTOS DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS



Relativamente aos contextos de trabalho dos enfermeiros o diagrama 8.1.3 apresenta os contextos definidos pelos enfermeiros para o desenvolvimento dos seus cuidados: *o hospital, o centro de saúde, os cuidados domiciliários e a formação*, tal como é referido pelo REPE (1996:2962), que define que os enfermeiros, “...participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário...”.

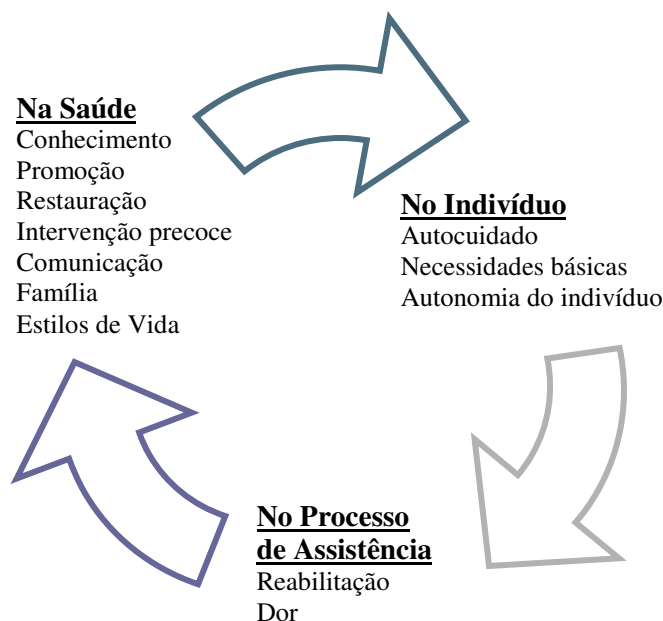
DIAGRAMA 8.1.4. REPRESENTAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM



Na opinião dos enfermeiros as áreas de acção desenvolvem-se no *cuidado a doentes em situações de doença patológica* e na *promoção e educação para a saúde* e englobam na sua execução *processos metodológicos* na perspectiva de integração do doente, família e outras equipas de profissionais. Enfermagem como parte integrante do sistema de cuidados de saúde, inclui a promoção da saúde, prevenção da doença, os cuidados às pessoas física e mentalmente doentes e deficientes de todas as idades, dando resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais (Collière, 1999).

Numa análise de comparação entre as semelhanças das actividades que emergem dos discursos e as actividades descritas na folha de classificação de doentes que esteve na base do estudo quantitativo, podemos considerar que na folha de classificação de doentes na sua grande maioria apenas são consideradas as actividades da dimensão de “cuidar em doentes com patologia”. Na descrição que emerge dos discursos das acções realizadas pelos enfermeiros nos diferentes tipos de patologia encontramos correspondência na folha de classificação de doentes. Também se verifica na folha de classificação a perspectiva do ensino na doença na dimensão da promoção e prevenção. Esta classificação apresenta limitações no que se refere às actividades de promoção e prevenção, à excepção do referido, e nas actividades da dimensão de processos metodológicos.

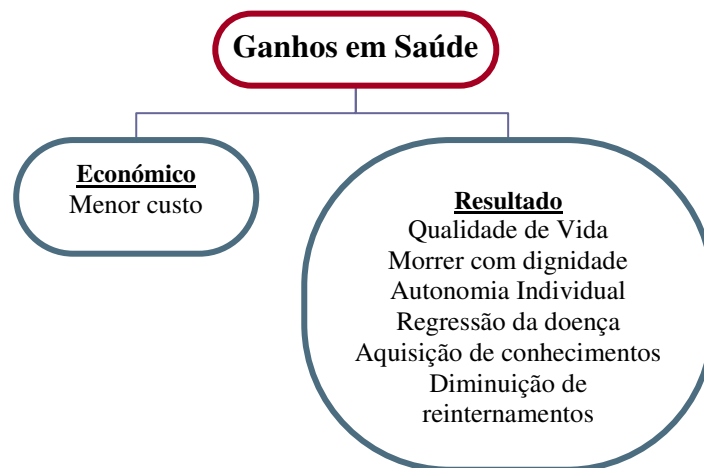
DIAGRAMA 8.1.5. REPRESENTAÇÃO DOS FOCOS DE ENFERMAGEM AUTÓNOMOS



As referências sobre as áreas de atenção autónomas que podem ser descritas pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem CIPE/ICNP® (2005) englobam três dimensões distintas: *a saúde, o indivíduo e os processos de assistência*. Nightingale (2005:21) na definição do que deve enfermagem fazer sugere as mesmas dimensões onde o enfermeiro deve “...assistir nos processos reparadores, ... no indivíduo sadio, ... na compreensão deficiente...”.

Numa análise de comparação entre o foco das acções de enfermagem que emergem dos discursos e as dimensões descritas na folha de classificação de doentes que esteve na base do estudo quantitativo, podemos considerar que a folha de classificação de doentes apenas compreende como foco de enfermagem a dimensão do indivíduo na perspectiva do autocuidado e na necessidades básicas como sendo a higiene a alimentação, a movimentação e a eliminação, e o foco da saúde na perspectiva de desenvolvimento de conhecimentos do indivíduo através dos ensinamentos. Esta classificação apresenta limitações no que se refere aos focos de enfermagem na dimensão dos processos de assistência, na dimensão da saúde à excepção do referido e na autonomia do indivíduo.

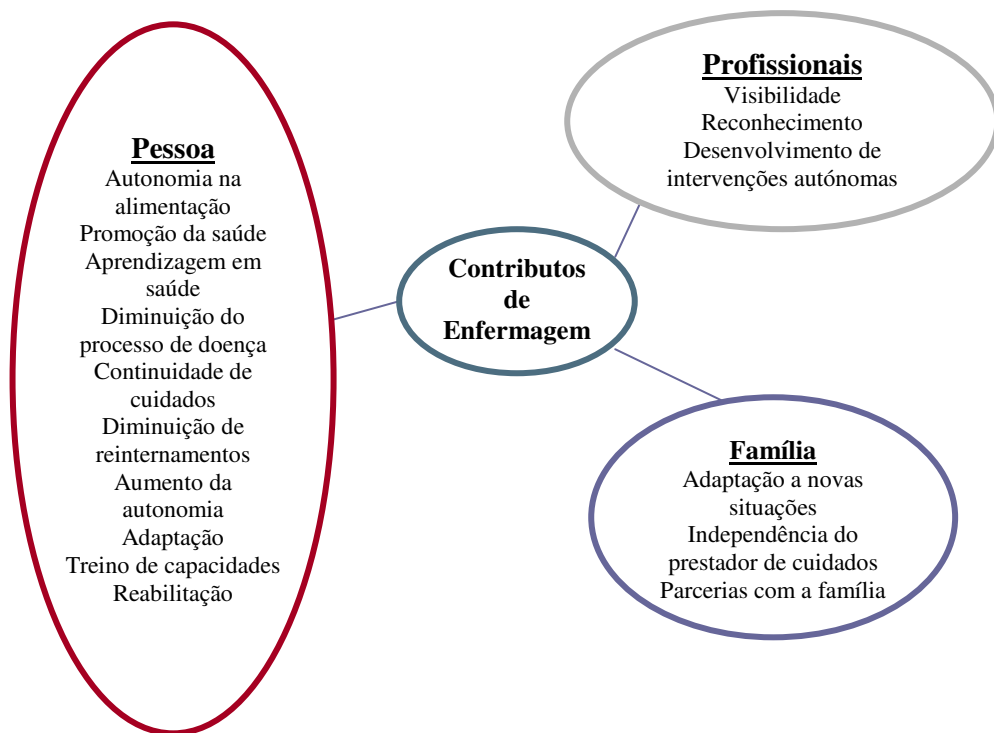
DIAGRAMA 8.1.6. REPRESENTAÇÃO DO CONCEITO GANHOS EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS



Para os enfermeiros a compreensão de ganhos em saúde associa-se com a relação entre ganhos económicos, “...ganhos a nível da gestão...como profissional e fazendo parte de uma empresa que pertence ao ministério da saúde sei que posso conseguir com que o meu cliente obtenha ganhos em saúde ao menor custo.” (E1), e ganhos de resultado.

Estes ganhos de resultado sublinham o conceito de ganhos de saúde descrito no relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde (2002:15), que considera ganhos em saúde como “*ganhos de vida que deixam se ser perdidos..., redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração..., diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou às suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial..., redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde...*” O papel da enfermagem consiste em avaliar as respostas do individuo ajudá-lo a recuperar a saúde, morrer com dignidade, através da realização que eles próprios fariam se tivessem forças, ou se possuíssem conhecimentos, de forma a ajudá-los a recuperar a sua independência o mais rápido possível. (Henderson, 1994)

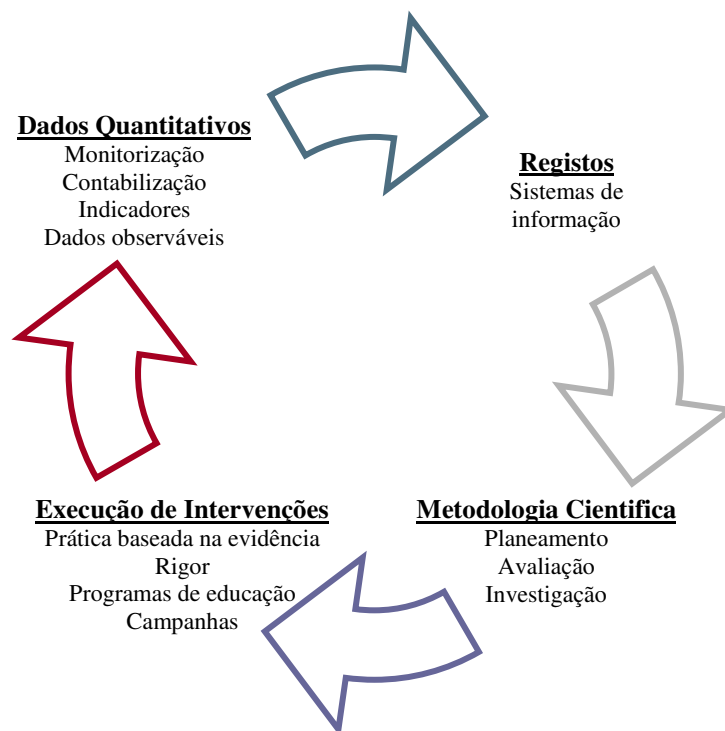
DIAGRAMA 8.1.7. REPRESENTAÇÃO DOS CONTRIBUTOS DOS ENFERMEIROS PARA GANHOS EM SAÚDE



Para os enfermeiros os contributos das suas acções centram-se na *pessoa, família e profissionais*. Os contributos profissionais passam pelo reconhecimento e visibilidade das suas acções, nesta perspectiva as políticas de educação e desenvolvimento em enfermagem, devem desenvolver capacidades teóricas e clínicas avançadas

direccionadas para a satisfação das necessidades da pessoa, família e comunidade (Furlong e Smith, 2005). Por outro lado porque os limites da das possibilidades de acção em enfermagem são pouco restritos, sejam quais forem os avanços e a evolução do desempenho tecnológico, a população terá sempre necessidades nestes aspectos identificados e de conteúdo tão pouco sofisticado que constituem a natureza profunda dos cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000).

DIAGRAMA 8.1.8. REPRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS SUGERIDAS PELOS ENFERMEIROS NA MEDIÇÃO DE GANHOS EM SAUDE



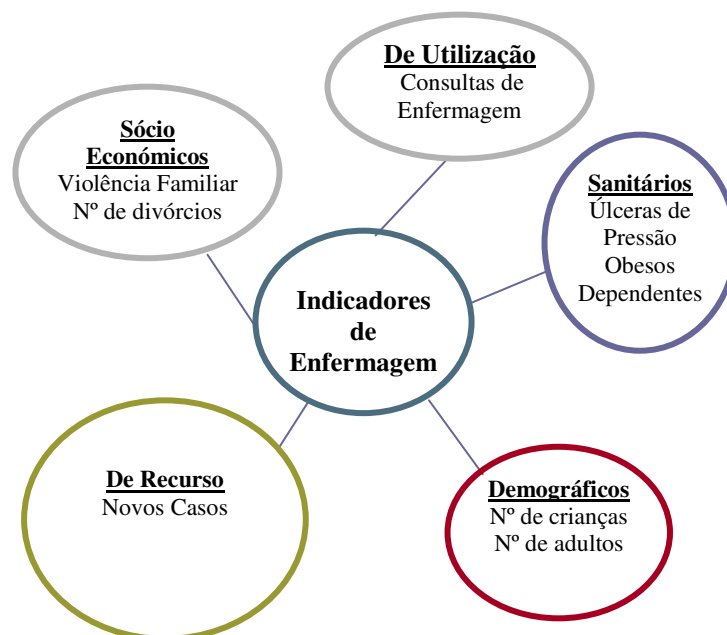
Numa realidade de estímulos sociais, económicos e políticos em que se perspectivam mudanças estratégicas de acção das organizações de saúde a garantia dos contributos de enfermagem na resposta às necessidades da população deve-se traduzir em ganhos em saúde observáveis e quantificáveis, capazes de influenciar a gestão das organizações na melhoria na da qualidade dos cuidados de saúde (Sousa, 2006). Na opinião dos enfermeiros a tradução desses ganhos na enfermagem deve considerar *metodologia científica*, os *registos* das acções com recurso a sistemas de informação, a *execução de intervenções* baseadas na evidência e a produção de *dados quantitativos* pelas acções desenvolvidas. De facto como refere Simpson (2003) a quantificação de resultados

permite a visibilidade dos cuidados de enfermagem, pois sem a existência de uma linguagem de registo e um sistema de partilha dessas informações não poderão existir indicadores de acção e a invisibilidade é perpetuada. Outro aspecto que sublinha a importância das considerações obtidas pelos discursos é que “o principal dogma da gestão clínica para a qualidade de cuidados – são implicitamente cuidados que são baseados na evidência – a qual deverá ser o factor condutor subjacente às decisões sobre a prestação de serviços.” (Hotchkiss & Sunderland, 2004:276)

Tal como refere Lord Kelvin citado por Samuelson e Norrdhaus (1999:390) “Quando se puder medir aquilo de que se está a falar e se puder expressá-lo em números, então se saberá alguma coisa sobre o assunto; Quando não se puder medi-lo, quando se não puder exprimi-lo em números, o seu conhecimento será fraco e insatisfatório; Pode ser o princípio do conhecimento mas na sua análise avançou pouco no caminho da ciência.”

Neste sentido na opinião dos peritos entrevistados o caminho para a construção da ciência compreende a definição dos seguintes indicadores.

DIAGRAMA 8.1.9. REPRESENTAÇÃO DOS INDICADORES DE ENFERMAGEM

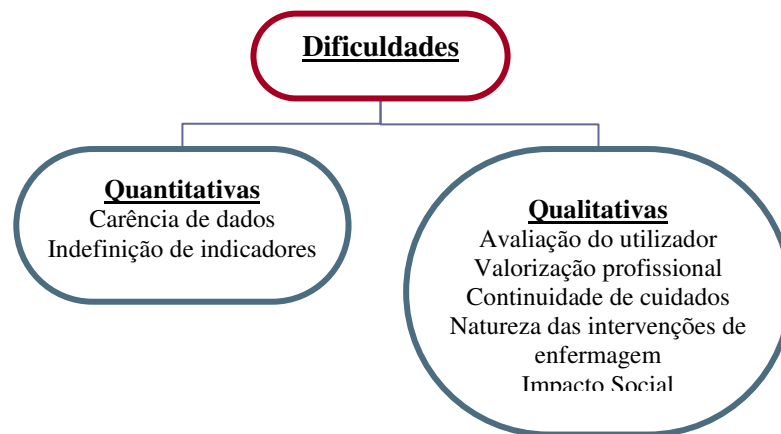


Através do sistema de indicadores definido por Tavares (1990), dos discursos dos enfermeiros emergem indicadores *de recurso, demográficos, sanitários, de utilização e socio-económicos*.

Estabelecendo uma analogia entre a importância destes indicadores para a gestão das organizações e a análise macroeconómica é possível aferir a importância destes. Segundo Samuelson e Norrdhaus (1999:390), “*Quando os economistas querem determinar o nível de desenvolvimento económico de um país analisam o PIB per capita. Os dados das contas nacionais são como faróis que ajudam os decisores políticos a conduzir a economia rumo aos objectivos económicos principais. Sem as medidas económicas nacionais agregadas como o PIB, os decisores de política económica andariam à deriva num mar de informação desorganizada.*”

Assim a definição de alguns dos indicadores anteriores podem conduzir as organizações pelos melhores caminhos da qualidade e dos ganhos em saúde evidenciando as opções políticas e económicas mais correctas.

DIAGRAMA 8.1.10. REPRESENTAÇÃO DAS DIFICULDADES EM MEDIR GANHOS EM SAÚDE NA ENFERMAGEM

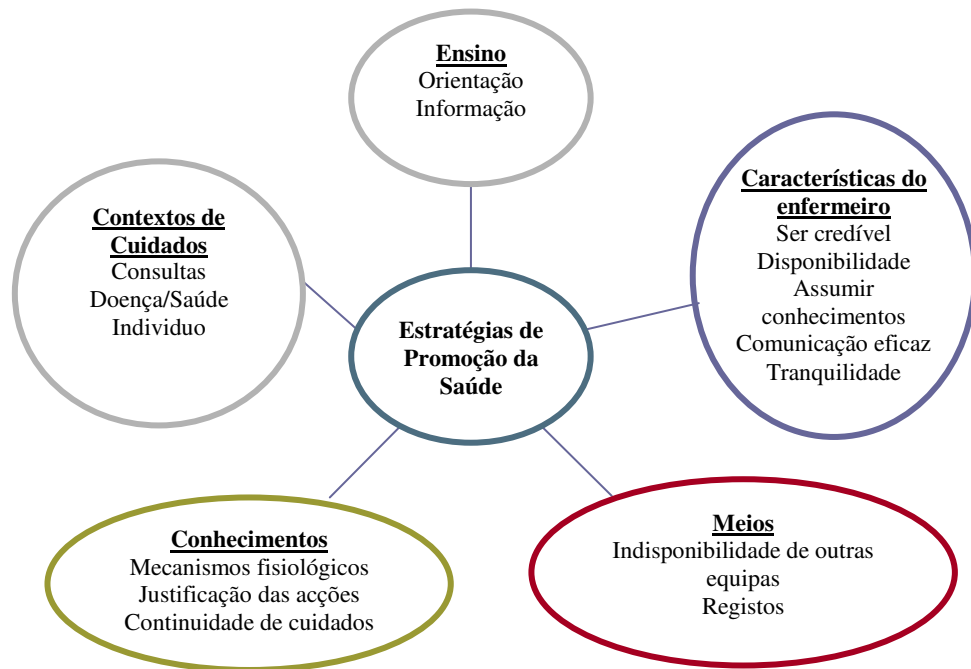


Contudo na opinião dos enfermeiros existem algumas dificuldades para atingir este objectivo de quantificar e traduzir os ganhos em saúde pelas acções de enfermagem. Uma dificuldade é quantitativa pois ainda se verifica carência de dados e uma

indefinição de indicadores, e uma outra é qualitativa uma vez que se relaciona com a própria natureza das muitas acções de enfermagem.

Em Portugal tem-se assistido a efectivos ganhos em saúde, persistindo porém ainda níveis elevados de morbidade e mortalidade antes dos 65 anos, associados a acidentes, cancro, suicídio por distúrbios mentais, entre outros. Estes indicadores apontam-nos para a importante valorização das estratégias activas de promoção da saúde e prevenção da doença (OPSS, 2002). Os enfermeiros salientam nos seus discursos um grande contributo das suas acções na promoção da saúde e prevenção da doença e sugerem algumas estratégias para a sua implementação e desenvolvimento de forma a garantir uma saúde com mais qualidade para as populações.

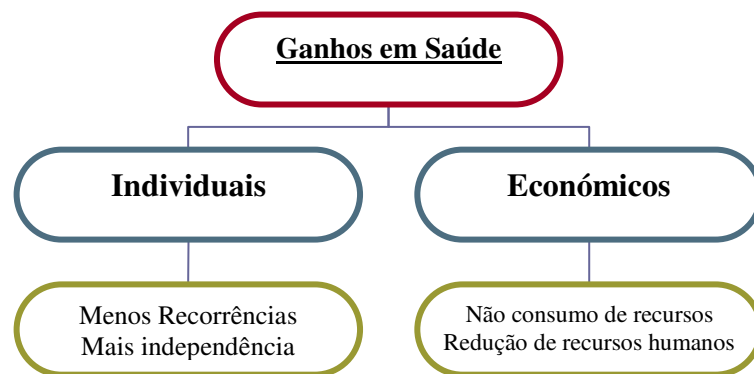
DIAGRAMA 8.1.11. REPRESENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO EM SAUDE



Assim na implementação e desenvolvimento desta promoção em saúde devemos considerar na opinião dos enfermeiros o *conteúdo* das informações transmitidas, o *contexto* para a sua realização, as metodologias de *ensino*, as *características do enfermeiro*, que postura e que tipo de comunicação deve transmitir e como a deve transmitir, e *outras estratégias* que possam por assumir algumas verdades necessárias no contexto de cuidados e que influenciam directamente as pessoas que recorrem aos cuidados.

A melhoria da saúde relaciona-se com este princípio que pressupõe que todos os cidadãos estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde capazes de adequar a sua resposta às expectativas da população, só realizável com a participação de todos neste processo (OPSS, 2002). Os discursos dos enfermeiros fundamentam ainda que o grau de realização destes objectivos de promoção em saúde, no que diz respeito a alguns problemas específicos, estabelece orientações de actuação na melhoria da saúde das populações, aumentando e contribuindo para ganhos quer na perspectiva de saúde com *menos recorrências* às organizações e *mais independência* dos indivíduos, mas também *ganhos económicos* e uma melhor *gestão dos recursos* envolvidos.

DIAGRAMA 8.1.12. REPRESENTAÇÃO DOS GANHOS DE PROMOÇÃO EM SAUDE



É imperativo reunir evidência de suporte à tomada de decisão para justificar as intervenções seleccionadas e contribuir para o conhecimento que deve ser a base da formulação de políticas de saúde. A exigência de intervenções multissetoriais em saúde levanta a questão do que constitui realmente evidência que pese nos processos de decisão para gerar e implicar o investimento em saúde, em áreas como a promoção e a educação para a saúde (Moreira, 2007). Facto que é realçado pela OMS (1999), que estabelece a promoção da saúde, a resposta às expectativas da população e a justiça na contribuição financeira como os três objectivos fundamentais de análise e avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

8.2. IMPLICAÇÕES DAS ACÇÕES AUTONOMAS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – UMA REALIDADE

As acções de enfermagem pela sua complexidade e interdisciplinaridade são um grande desafio para a sua gestão nas organizações na procura das melhores opções estratégicas na perspectiva de optimização da qualitativa e quantitativa dos seus recursos. Estabelecer uma coerência e proximidade conceptual entre a acção e implementação dos seus cuidados, pela sua relação privilegiada com a pessoa, família e comunidade e o reforço da projecção da importância destas acções na definição das políticas organizativas é imperativo. Numa realidade de pragmatismo político e económico evitar dissonâncias e clarificar opções dependerá do reflexo concertado e válido dos conteúdos e princípios assumidos dos contributos de uma enfermagem autónoma.

8.2.1. RETRATO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DA AMOSTRA EM ESTUDO

Na caracterização da amostra relativamente a esta variável em estudo verificamos que existe uma equivalência entre o número de homens e mulheres em estudo, 57 homens correspondendo a (50,4%) da amostra e 56 mulheres correspondendo a (49,6%) da amostra. Observamos também que a maioria dos casos pertence à faixa etária compreendida entre os 71 e os 80 anos, 35 casos o que corresponde a (31%) da amostra.

Podemos ainda considerar pela amostra que a idade média das mulheres em estudo é superior aproximadamente em 10 anos à idade média dos homens. Esta diferença pode ser justificada pelo facto de a mulher ter à nascença uma esperança média de vida superior ao homem tal como é demonstrado pelo ACS (2007) que indica que a esperança média de vida à nascença é nas mulheres de 81,9 anos e nos homens de 75,4 anos.

Não sendo possível pelo estudo estabelecer uma relação entre a *idade* e a *dependência* dos indivíduos em cuidados de enfermagem, tal como nos refere a Comissão Europeia (2002) e Campos (2007), uma população envelhecida exige mais horas de cuidados de

saúde pela tendência pela multimorbilidade, pela gravidade e cronicidade das patologias associadas à idade e pela maior dependência dos idosos na suas actividades de vida, que se potenciam entre si originando com o tempo de maiores dependência a nível físico, mental ou social.

8.2.2. ANÁLISE DA DEPENDÊNCIA DOS GRUPOS DE DIAGNÓSTICO MÉDICO PELAS ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM

Da análise da distribuição dos níveis de dependência nos diferentes grupos de diagnóstico médico em acções autónomas de enfermagem verificamos as seguintes considerações:

- **Higiene**

Todos os grupos de diagnóstico apresentam as maiores necessidades na higiene no nível de dependência “ajuda total”, com excepção do grupo de diagnóstico oncológico e digestivo que apresenta maiores necessidades na ajuda parcial. O grupo de diagnóstico com mais necessidades de ajuda total é o grupo de diagnóstico respiratório (88,23%) dos casos.

- **Alimentação**

Na alimentação em todos os grupos de diagnóstico o nível de independência com maior número de casos é o independente/dieta zero/por familiar. O grupo de diagnóstico com mais casos neste nível de dependência é o digestivo (80,45%). Os grupos de diagnóstico respiratório e infeccioso têm as maiores necessidades em termos de ajuda total sendo que o infeccioso é o que apresenta maiores necessidades (47%) dos casos.

- **Movimentação**

Na movimentação os grupos de diagnóstico com maiores necessidades a nível de ajuda total são o respiratório, o vascular e o infeccioso, sendo que o respiratório é o que apresenta maiores necessidades com (78,2%) dos casos.

No grupo de diagnóstico oncológico, outros e digestivo o nível de dependência com maior número de casos é o independente, sendo que a maior independência se verifica no grupo de diagnóstico oncológico (42%) dos casos.

○ **Eliminação**

Os grupos de diagnóstico respiratório, infeccioso e vascular apresentam maiores necessidades na eliminação de ajuda total, sendo o grupo respiratório o que apresenta maiores necessidades (49,3%) dos casos. Nos outros grupos de diagnóstico os doentes na sua maioria são independentes, sendo que o que apresenta maior independência é o grupo de diagnóstico outros com (51,8%) dos casos.

○ **Actividades Especiais**

Todos os grupos de diagnóstico apresentam necessidades de dependência de nível II, sendo que o grupo de diagnóstico ortopédico é o que apresenta maiores necessidades a este nível (87,5%) dos casos. O grupo de diagnóstico respiratório apresenta necessidades de nível I.

Podemos concluir que da análise da distribuição dos níveis de dependência por grupo de diagnóstico médico nas acções de enfermagem o grupo de diagnóstico respiratório e o grupo de diagnóstico infeccioso apresentam necessidades na dependência em ajuda total em todas as acções autónomas de enfermagem. Verificamos também que a acção autónoma onde os grupos de diagnóstico apresentam maiores níveis de dependência é a higiene, e a acção de enfermagem em que os indivíduos por grupo de diagnóstico são mais independentes é a alimentação.

Observamos pela análise dos valores de Qui-Quadrado de Pearson que existe dependência entre as diferentes acções autónomas de enfermagem por grupos de diagnóstico médico nos diferentes dias de internamento em estudo.

Contudo esta dependência não se verifica quando analisada entre as acções interdependentes e os grupos de diagnóstico médico nos diferentes dias de internamento.

Assumindo esta realidade que atribui necessidades de cuidados de maior dependência a determinados grupos de diagnóstico devemos considerar este dado e perspectivá-lo na sua importância para o planeamento direcção e gestão dos recursos humanos numa organização. “*O planeamento dos recursos humanos consiste na projecção das acções duma dada organização e dos recursos humanos necessários para implementar uma acção, contando como pessoal existente.*” (Rocha, 2005). Os processos de mudança tendo em vista a eficiência e eficácia das organizações devem englobar características identificadas que contribuem para uma difusão da inovação que é adaptável de modo a satisfazer as necessidades identificadas. Estas necessidades devem ir ao encontro das necessidades percebidas pelos doentes, profissionais e colaboradores e podem permitir uma gestão e resposta mais adaptada às circunstâncias vivenciadas. (Martin e Henderson, 2004). Esta perspectiva é também defendida pelo *new public management* que nos seus objectivos prevê para a melhoria e eficiência dos serviços a adequação da gestão dos recursos humanos para a transparência e qualidade das organizações. (OCDE, 2005).

Assim na realidade da organização hospitalar a gestão de recurso humanos nos serviços com doentes foro respiratório e infeccioso devem compreender uma adequação do número de profissionais que aí exercem cuidados de forma a garantir a qualidade dos mesmos.

8.2.3. VARIACÃO DAS ACÇÕES AUTÓNOMAS DE ENFERMAGEM AO LONGO DOS DIAS DE INTERNAMENTO

Da análise da variação das acções de enfermagem ao longo dos dias de internamento verificamos os seguintes aspectos:

- As maiores necessidades na actividade de higiene são de ajuda total sendo quase constante nos diferentes dias de internamento.
- Na alimentação no último dia de internamento há uma redução de doentes independentes e um aumento das necessidades de ajuda parcial e na alimentação com recurso a SNG.

- Na movimentação as maiores necessidades em todo o internamento são de ajuda total verificando-se poucas alterações nesta necessidade ao longo do internamento.
- Na eliminação verificamos uma diminuição da ajuda total a doentes com algaliação um aumento da independência sendo este o nível de dependência com maior número de casos em todo o internamento. Verifica-se contudo um aumento das necessidades de ajuda total/incontinente/ostomizados no último dia de internamento sendo o segundo nível de dependência com maior número de casos.
- As necessidades em actividades especiais variam muito pouco no internamento verificando-se uma aumento de actividades de nível II no último dia de internamento.

No que se refere às actividades interdependentes verificamos que:

- Na terapêutica ao longo do internamento há uma redução dos níveis III e IV de dependência e um aumento do nível I e II, o que sugere diminuição das necessidades nesta actividade.
- Nos tratamentos verificamos uma diminuição da dependência no nível I ao longo do internamento e um aumento na dependência no nível II e III, o que sugere que há um aumento da necessidade de tratamentos mais diferenciados realizados pelos enfermeiros ao longo do internamento.
- Na avaliação de sinais vitais há uma redução do nível II de dependência e um aumento do nível I ao longo do internamento, o que sugere menores necessidades nesta actividade pelos doentes.

No que se refere às actividades de organização verificamos que existe uma relação inversa entre o acolhimento e elaboração do plano de cuidados e a avaliação e actualização desse plano o que corresponde na integra há necessidade e a importância de monitorização constante dos cuidados às necessidades manifestadas pelos doentes permitindo um planeamento adaptado à realidade do doente e optimização dos recursos disponíveis para as necessidades detectadas (Veiga, Simões e Campos, 2000).

Este estudo demonstra que nas actividades autónomas de enfermagem as necessidades dos doentes variam pouco ao longo do internamento, havendo mesmo um aumento do nível de dependência em algumas dessas actividades. Tal situação não se verifica nas acções interdependentes, havendo uma aproximação neste aspecto ao modelo biomédico em que os doentes estão melhores com menos necessidades na dependência. Esta realidade sugere o que assume Tomey (2000) quando refere que a gestão dos recursos de enfermagem depende mais das necessidades em cuidados de enfermagem pelos doentes do que dos seus diagnósticos médicos.

O último dia de internamento corresponde à alta clínica mas os doentes ainda são muito dependentes, facto que justifica as políticas que defendem a necessidade de reestruturação de uma rede de cuidados continuados para receber estes doentes. Esta justificação política pode-se assumir face ao local onde se desenvolveu o estudo. Na base desta rede de cuidados está a criação de um inovador gradiente de cuidados que vai desde a alta do hospital até ao domicílio do doente, garantindo a continuidade do seu tratamento, recuperação funcional e reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e em casa, através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos centros de saúde, em articulação com as equipas de segurança social (Campos, 2007).

8.2.4. INFLUÊNCIA DAS HORAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS CUSTOS GLOBAIS POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Dos resultados obtidos na análise das despesas por grupo de diagnóstico médico verificamos que:

- O grupo de diagnóstico que apresenta custos mais elevados para todas as componentes de custos analisados foi o grupo de diagnóstico respiratório.
- O grupo de diagnóstico que apresenta custos mais baixos em todas as componentes de custos analisados foi o grupo ortopédico.

Porque se verificou existirem diferenças com significado estatístico entre os *custos de farmácia, custo com pessoal e total de custos* quando comparados entre os grupos de diagnóstico, podemos afirmar que o facto de os doentes pertencerem a grupos de diagnóstico diferentes está associado a mais ou menos custos de internamento (Polit e Hungler, 2000).

Da análise de correlação entre as variáveis *tipos de custos* podemos concluir que em todos os grupos de diagnóstico as maiores associações se dão ao nível da relação entre *custos de pessoal e total de custos*.

O cálculo do valor do *custo de pessoal* resulta da tradução em custo do número HCN que tem por base o nível de dependência dos doentes face aos cuidados de enfermagem. Estas HCN são um indicador das necessidades de HCP, o que partindo dos trabalhos desenvolvidos por Smith (2001) pode ser um indicador de gestão do trabalho de enfermagem numa perspectiva de produtividade de cuidados. Neste sentido a gestão do trabalho de enfermagem é menos eficiente quanto menos responder às reais necessidades de cuidados de enfermagem dos doentes. Assim, uma correcta gestão destes recursos permite prever uma menor incidência de complicações e de resultados menos favoráveis para o doente (Needleman, 2002). A economia da saúde apresenta várias tentativas de estimação desta função de produção de saúde e identificação dos elementos que a afectam. Assim, Barros (2006) sugere que o nível de produção adequado corresponde ao conceito de eficiência económica. Esta eficiência económica é obtida quando o benefício resultante da produção de mais uma unidade (benefício marginal) for igual ao custo de produção dessa unidade adicional (custo marginal), sendo a diferença entre benefício e custo marginal positivo para níveis de produção inferiores. “O conceito de eficiência económica corresponde à definição da escala óptima de actividade do prestador...” (Barros, 2006:208).

8.2.5. RELAÇÃO DOS DIAS DE INTERNAMENTO E DAS HORAS MÉDIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIAS DE ENFERMAGEM POR GRUPO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

Dos resultados obtidos na análise dos dias de internamento e das horas médias de cuidados necessárias por grupo de diagnóstico médico verificamos que:

- O grupo de diagnóstico que apresenta maior número de dias médio de internamento é o infeccioso.
- O grupo de diagnóstico que apresenta maior número de horas médias de cuidados necessárias é o grupo de diagnóstico respiratório.
- O grupo de diagnóstico que apresenta menor número de dias médios de internamento e menor número de horas médias de cuidados necessárias é o grupo de diagnóstico ortopédico.

Porque se verificou existirem diferenças com significado estatístico entre o *número médio de horas de cuidados necessárias* quando comparados entre os grupos de diagnóstico, podemos afirmar que o facto de os doentes pertencerem a grupos de diagnóstico diferentes está associado a um maior ou menor número médio de horas de cuidados necessários. (Polit e Hungler, 2000)

No que se refere ao número médio de dias de internamento não se verificou diferenças com significado entre os grupos de diagnóstico médico.

Deste modo para a gestão estratégica das organizações as maiores necessidades de cuidados, traduzidas em maior número de horas de cuidados necessários por grupo de diagnóstico, não vinculam o facto de do mesmo modo se verificar um consequente aumento do número de dias de internamento.

Este facto sublinha as conclusões anteriores que sugerem a necessidade de nos pós alta haver acompanhamento dos doentes numa rede de cuidados continuados, pois a alta clínica provavelmente não corresponde à necessidade de cuidados pelo doente.

9. CONCLUSÕES

A reflexão sobre a eficiência em saúde é importante para as organizações pois representa a capacidade destas contribuírem para “ganhos em saúde”, medidos pelo seu impacto na saúde das populações. Esta realidade assume ainda maior importância quando percebemos que os números da produção em saúde são pessoas. O melhor interesse da pessoa, do seu colectivo social depende da nossa capacidade de implementar cuidados de saúde humanizados, prestar e gerir a saúde com base nesta visão sensível à natureza do cuidar (Moreira, 2007). Contudo, devemos assumir que na evidência de custo-efectividade estamos perante o desafio de utilizar os recursos para a prestação de cuidados em saúde garantindo a sustentabilidade das nossas organizações.

A acção política e estratégica nas organizações de saúde baseada nestes propósitos deve compreender dois conceitos essenciais referidos pelo mesmo autor: a monitorização, que consiste na recolha de dados num período de tempo, e a investigação, que se traduz no processo explicativo das causas e dos impactos da monitorização para a organização. Só nesta perspectiva o planeamento e a implementação de políticas no contexto dos sistemas de saúde pode ampliar visões críticas em relação à correcção de modelos de gestão e projectos. Na modernização e na reestruturação da saúde a recolha desta informação de suporte à decisão é fundamental no sentido de melhoria contínua da qualidade dos cuidados centrada na pessoa. Não conseguimos comprovar o benefício do investimento, não conseguimos adaptar o investimento às necessidades de cuidados se não reconhecermos a necessidade desta visão integradora dos cuidados. Assim estamos perante um sistema que promove a construção, partilha de dualidades e sentidos de acção, aprendizagem, improvisado e essencialmente o pensamento sobre acções de previsão e intervenção de futuro. Empreender para gerar mudanças contextualizadas pelas prioridades definidas pela investigação e pelos circuitos de informação que potenciam as melhores evidências. “*Não se pode imaginar respostas novas com imagens do ontem...*” (Hesbeen, 2000:7). Estamos perante um emergente processo de inovação em que temos que explorar e ousar experimentar novos caminhos. Parece-nos que esta reorientação deve ajustar o olhar das organizações de saúde às pessoas num humanismo de qualidade na gestão e prestação de cuidados.

Nesta realidade enfermagem deve reforçar e fazer emergir a sua imagem privilegiada na relação com pessoa/família, numa mais valia competitiva pela identificação dos seus reais contributos na assistência em saúde. Partindo desta inquietação a nossa investigação estudou a relação entre algumas das diferentes dimensões e variáveis que sugerem na gestão estratégica das organizações uma importância relevante na obtenção de ganhos em saúde para a população.

Do conjunto dos resultados obtidos, mesmo sendo estes naturalmente limitados pela realidade em que se inserem, a enfermagem assume pelos seus cuidados uma importância fundamental na melhoria da qualidade de vida da população em diferentes contextos e âmbitos de intervenção. Tendo em consideração os objectivos e as questões de investigação que estiveram na base deste estudo podemos concluir os seguintes aspectos:

- Existe dependência entre as acções autónomas de enfermagem e os diferentes grupos de diagnóstico médico.
- A dependência nas acções autónomas de enfermagem varia muito pouco ao longo de todo o internamento.
- As horas de cuidados de enfermagem são o factor que mais influencia os custos globais por doente.

Este estudo assume algumas limitações como o facto da amostra compreender apenas doentes referentes a um hospital e de não existir uma divisão de dados relativamente aos serviços estudados o que pode ter implicações na descrição de algumas implicações. Poderia também neste estudo ser interessante a percepção não só dos enfermeiros sobre os seus contributos na obtenção de ganhos em saúde mas também a percepção dos que recorrem aos seus cuidados, na perspectiva de comparação e adequação de alguns dos resultados assumidos.

Face aos resultados sugere-se a replicação deste estudo quantitativo noutros hospitais de forma a compreender melhor os contributos dos enfermeiros para os ganhos em Saúde. Ficamos com a indicação de que efectivamente nos hospitais de agudos dos contributos dos enfermeiros decorrem gastos significativos mas são inquestionáveis os ganhos em bem estar para o doente.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, P. 2001. **Manual de Apoio em Bioestatística**, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa – Instituto de Medicina Preventiva.

ALMEIDA, J. F. PINTO, J. M. 1995. **A Investigação nas Ciências Sociais**, Lisboa: Editorial Presença.

ALMEIDA, L. FREIRE, T. 1997. **Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação**, Coimbra: APPORT.

ANDERSON, E. 1983. **Produtividade em Enfermagem**. Texto da prelecção proferida no âmbito da acção de formação, de 20 a 21 de Julho, Lisboa: Instituto de Gestão Informática Financeira (Não Publicado).

ANGELONI, M. 2003. Elementos intervenientes na tomada de decisão, **Revista Ciência e Informação**, Brasília: v. 32, nº1, Jan. /Abr., p 17-22.

BARAÑANO, A. (2004). **Métodos e técnicas de Investigação em Gestão: Manual de Apoio à Realização de Trabalhos de Investigação**, Lisboa: Edições Sílabo.

BARDIN, L. 2000. **Analise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70, Lda.

BARROS, P. 2006. **Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos**, Coimbra: Edições Almedina.

BELL, J. 1997. **Como realizar um projecto de investigação**, Lisboa: Gradiva.

BENTES, M. [et al.]. 1994. **A Utilidade da Informação de Rotina na Avaliação da Qualidade: O Contributo dos GDHs – 4º Encontro de Economia da Saúde**, IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira.

BISCAIA, J. 2000. “Qualidade em saúde numa perspectiva conceptual”, **Revista Qualidade em Saúde**. 0: 6-10.

BILHIM, J. 2001. **Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas**, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.

BILHIM, J. 2004. **Gestão estratégica de recursos humanos**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BOGDAN, R. BIKLEN, S. 1998. **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto: Porto Editora.

BURESH, B., GORDON, S. 2004. **Do silêncio à Voz**, 2ª Edição. Coimbra: Ariadne Editora.

CAMPOS, C. 2007. **Os desafios de Portugal no âmbito da política de saúde e da reforma do sistema de saúde** – discurso do Ministro da Saúde na 58ª Assembleia Mundial da Saúde. Portal do Governo
http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Ministerios/MS/Comunicacao/Intervencoes/20050517_MS_Int_OMS.htm (consultado em 2007/09/08).

CARAPINHEIRO, G. 1993. **Saberes e Poderes no Hospital – uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**, Porto: Edições Afrontamento.

CARMO, H. FERREIRA, M. 1998. **Metodologia da Investigação guia para auto-aprendizagem**, Lisboa: Universidade Aberta.

CHIAVENATO, I. 1995. **Recursos Humanos – Edição Compacta**, São Paulo: Editora Atlas.

COLLIÈRE, M. F. 1999. **Promover a Vida**, 2ª Edição. Lisboa: Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE, M. F. 2003. **Cuidar... A primeira arte da vida**, 2ª Edição. Loures: Lusociência.

CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE. 1998. **Recomendações para uma reforma estrutural**. Lisboa: Ministério da Saúde.

COMISSÃO EUROPEIA. COMISSÃO DO MEIO AMBIENTE, DA SAÚDE, E DA POLITICA DO CONSUMIDOR. 2002. **Projecto de parecer sobre a comunicação “O futuro dos Cuidados de Saúde e dos Cuidados para as Pessoas Idosas: Garantir a Acessibilidade, a Qualidade e a Viabilidade Financeira**. Parlamento Europeu, 30 de Maio, disponível em <http://www.europarl.eu.int/meetdocs/comitees/envi/20020617/459657.pt>, (Consultado em 21/12/07).

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. 1978. **Declaração Alma-Ata**, URSS, 6 a 12 de Setembro, disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> (consultado em 17/11/2007).

DUBAR, C. 1991. **A Socialização – Construção das identidades sociais e profissionais**, Porto: Porto Editora.

DUNLOP, D. e MARTINS, J. 1995. **An International Assessment of Health Care Financing – Lessons for Developing Countries**. Washington: The World Bank.

ELLIS, J. [et al.]. 1998. **Enfermagem Contemporânea – Desafios, questões e tendências**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

ESCOVAL, A. 2003. **“Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português”**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese Doutoramento).

FERREIRA, M. 2005. **“Empenhamento Organizacional de Profissionais de Saúde em Hospitais com Diferentes Modelos de Gestão”**, Braga: Universidade do Minho Escola de Economia e Gestão (Tese de Doutoramento).

FREITAS, M. 2005. Avaliação Económica em Saúde, Portal da Saúde, disponível em , http://www.saudepublica.web.pt/01Administracao/011Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas.htm (consultado em 19/12/2007).

FORTIN, M. F. 1999. **O processo de investigação**, Loures: Lusociência.

FURLONG, E. SMITH, R. 2005. **Advanced Nursing Practise: Policy, Education and Role Development**, Blackwell Publishing Ltd.

GEORGE, J. B. 1993. **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas.

GIL, A. 1999. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª Ed., S. Paulo: Atlas.

GIRALDES, M. R. 1997. **Economia da Saúde - da teoria à prática**, Lisboa: Editorial Estampa.

GRAÇA, L. 1996. **Evolução do Sistema Hospitalar: Uma perspectiva sociológica**, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

GRAWITZ, M. 2001. **“Méthodes des Sciences Sociales”**. 11e édition, Paris: Éditions Dalloz.

GRAY, A. BOSANQUET, N. 1992 **“Forecasting the impact of demographic change: The case of the British National Health Service”**, Health Policy, 20 p:269-275.

HÉBERT, M. L. [et al.]. 1994 – **Investigação qualitativa**, Lisboa: Instituto Piaget.

HENDERSON, V. 1969. **The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education.** New York: The Macmillan Company.

HENDERSON, V. 1994. **La Naturaleza de la Enfermería: Reflexiones 25 años después.** Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España, S.A.

HESBEEN, W. 2000. **Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar,** Loures: Lusociência.

HOFFMAN, F. 1989. **Gestion Económica en direccion de Enfermaria,** Barcelona: Ediciones Doyma, S.A.

HOTCHKISS, R. SUNDERLAND, M. 2004. **Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros,** Loures, Lusociência.

HUBER, D. 2000. **Leadership and nursing care management.** 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 708.

HURST, K. 2002. **Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams.** Department of Health.

ICN. 2005. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta2, 3^a Ed.,** Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

IMPERATORI, E. 1994. – “Qualidade dos cuidados de saúde: Uma necessidade. Qualidade dos cuidados, uma necessidade ou seja, porquê qualidade?”, **Enfermagem em foco.** 15:19-21.

KÉROUAC, S. [et al.]. 1996. **El Pensamiento Enfermero**, Barcelona: Masson, S.A.

KURCGANT, P. [et al.]. 1991. **Administração em Enfermagem**, São Paulo: E.P.U.

LE GRAND, J. 1982. **The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services**, London: George Allen &Unwin.

LONDOÑO, G., MORERA, R., LAVERDE, G. 2003. **Administração Hospitalar**, 2ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.

LOPES, N. M. 2001. **A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem – Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar**, Coimbra: Quarteto.

MATIAS, A. 1995 – **O mercado de cuidados de saúde**, Escola Superior de Turismo do Estoril.

MARTIN, V. HENDERSON, E. 2004. **Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais**, Lisboa: Monitor Projectos e Edições, Lda.

MARRINER, A. 1989. **Modelos y Teorias de Enfermería**, Barcelona: Ediciones Rol, S.A.

MAYNARD, A. 1981. **“The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe”**, in *Social Policy and Administration*, 15 p.145-163.

MEZOMO, J. 2001. **Gestão da qualidade na saúde – princípios básicos**, Editora Manole Ltda.

MOREIRA, C. D. 1994. **Planeamento e Estratégias da Investigação Social**, Lisboa: ISCSP, UTI.

MOREIRA, P. K. 2007. **Políticas de Saúde: Ensaio para um Debate Nacional**, Porto: Edições Fernando Pessoa.

NABO, F. 2007. Conferência sobre a **Gestão da Saúde em Portugal**, Lisboa: Ordem dos Economistas, disponível em, <http://apontamentos.blogspot.com/search?q=CC%2C+confer%C3%Aancia> (consultado em 2007/07/16).

NEEDLEMAN, J. [et al.]. 2002. **Nurse – staffing levels and quality of care in hospitals**. The New England Journal of Medicine, Boston.

NIGHTINGALE, F. 2005. **Notas sobre Enfermagem**, Loures: Lusociência.

NUNES, L. 2006. **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem**, Lisboa. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros.

OBSERVATÓRIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAUDE (OPSS). 2002. O Estado da Saúde e a Saúde do Estado, Relatório de Primavera.

OBSERVATÓRIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAUDE (OPSS). 2003. **Evolução do Sistema de Saúde**, disponível em <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Sistema/Sistema+de+Saude/hit+pt+evolucao+do+sistema+de+saude.htm> (consultado em 27/09/2007).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). 1993. “*Les soins infirmiers en action. Renforcer les soins infirmiers et l’obstétrique à l’appui de la Santé pour tous*”: Copenhagen, Ed. J. Salvage, (Publications régionales de l’OMS, Série européenne, n° 48, p.18).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). 1999. **European Observatory on Health Care Systems**. Health Care Systems in Transition, Portugal.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONOMICO (OCDE). 2005. **Panorama da Saúde: Indicadores da OCDE** – Edição 2005. Sumário em Português, disponível em http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_33873108_33873764_35618946_1_1_1_37407,00.html (consultado em 2007/08/28).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). 2004. **As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses**, Lisboa: DPI – Design, Produção Gráfica e Imagem.

PEREIRA, J. 1993. “Economia da Saúde. Glossário de termos e conceitos”, Documento de Trabalho 1/93, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

PEREIRA, A. 2006. SPSS – Guia Prático de Utilização – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia, 6ª Ed., Lisboa: Edições Sílabo.

PERROCA, M. GAIDZINSKI, R. 2002. “Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores – correlação”, **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**. nº 1 p.72-80.

POLIT, D. et al. 1995. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**, Porto Alegre: Artes médicas.

POLIT, D. HUNGLER, B. 2000. **Investigation Científica en Ciências de la Salud**. 6ª Edição, México: Mcgraw-Hill.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. **Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século (1998-2002)** Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1999. **Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)**, Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. DIRECÇÃO – GERAL DA SAÚDE – **Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação**: relatório do director-geral e alto-comissário da saúde. 2.^a Edição, Lisboa: Direcção – Geral da saúde.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2004. **Plano Nacional de Saúde – Orientações estratégicas para 2004-2010: Mais saúde para todos**, Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. 2007. **Esperança de Vida à Nascimento. – Indicadores e Metas**, disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/nascer-com-saude/esperanca-de-vida-a-nascenca/> (Consultado em 12/01/2008).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1996. Decreto-Lei n.º 161/96. Diário da República I Série A n.º 205, (4 de Setembro de 1996), p. 2959-2962. (define os princípios gerais respeitantes ao Exercício Profissional dos Enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1968. Decreto-Lei n.º 48357. Diário da República I Série, n.º 101, (27 de Abril de 1968), p.599-612 (Criação da Ordem dos Enfermeiros).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. Decreto-Lei n.º 104/98. Diário da República I Série-A, n.º 93, (21 de Abril de 1998) (Estatuto Hospitalar).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 48/90. Diário da República I Série, n.º 195 de 1990, p. 3452-3464 (Lei de Bases da Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFSG). 1986. **Sistema de Classificação de Doentes. Conceitos básicos para a definição para níveis de dependência de cuidados**. IGIF. Lisboa.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE MODERNIZAÇÃO E RECURSOS DA SAÚDE. 2002. **Guia de Orientação para Cálculo de Necessidades de Enfermeiros nos Hospitais**. Lisboa.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFSG). 2004. **Manual de Conceitos Básicos para a Definição de Níveis e Dependência de Enfermagem em Obstetrícia**. IGIF. Lisboa.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFSG). 2005. **Manual de Normas de Classificação de Doentes e de Auditoria da Classificação**. IGIF. Lisboa.

PROENÇA, J. [et al.] 2000. **O Hospital Português – Os Profissionais de Saúde a Gestão e o Utente**, Porto, Vida Económica Conferfórum.

POZ, M. [et al.]. 1997. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos serviços de saúde. Washington, DC: Division de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS – Organización Panamericana de la Salud. OMS. Disponível em, <http://www.americas.health-sector-reform.org/sidorh/documentos/html10.html>
Consultado em (20/09/2007).

QUIVY, R. e CAMPENHOUT, L. 2003. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva.

RIBEIRO, L.F. 1995. **Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral**, Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIBEIRO, L.F. 1998. Valores e Desenvolvimento em Enfermagem ou de como dar lugar à Ética. **Pensar Enfermagem**, 1 (2), p. 4-10.

ROCHA, J.A. 2005. **Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública**, Porto: Escolar Editora.

SAMUELSON, P. NORDHAUS, W. 1999. **Economia**, 6ª Ed., Amadora: McGraw-Hill.

SANTOS, A. 1998. “A Autonomia da Profissão de Enfermagem”, **Enfermagem em Foco**, 32, 30-32.

SANTOS, G. 1999. Teorias da Motivação em Contexto Organizacional. **Cadernos de Comportamento Organizacional e Gestão de Recursos Humanos**, 2. Braga: Escola de Economia e Gestão, Universidade do Minho.

SMITH, D. 2001. **Staff Nurse views of dare productivity and nonproductivity**. Health Care Management Review. Gaithersburg.

SIMPSON, R. 2003. The Role of IT in Health Care Quality Assessment. **Nursing Administration Quarterly**. Quality Assessment, Assurance, and Improvement. 27 (4), October/November/December, p.355-359.

SIMÕES, H. SANTOS, I. 2003. **Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) – Reunião de Enfermeiros Auditores Internos do SCD/E**. Évora.

SOUSA, Paulino. 2006. **Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde – um modelo explicativo**, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

STRICKLAND, O. 1997. **Challenges in measuring patient outcomes**. The Nursing Clinics of North America. Outcomes Measurement and Management, Philadelphia, 32:3 p: 495-512.

TAVARES, A. 1990. **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde** - Direcção de Recursos Humanos, Ministério da Saúde.

TOMEY, N. 2000. **Guide to Nursing management and leadership**. 6ª Ed. St. Louis: Mosby.

URBANO, J. BENTES, M. 1990. Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnósticos Homogéneos, **Revista de Administração Hospitalar**, vol.8 nº1, Jan./Mar.

VEIGA, B. [et al.]. 1987. Sistema de Classificação de Doentes baseado em Graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem, **Enfermagem**. nº 10 p.13-18.

VEIGA, B. ABRANTES, I. 1995. O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem no GDH 14 – Doenças Cerebrovasculares, **Revista Servir**, nº 44 p.193-198.

VEIGA, B. SIMOES, H. CAMPOS, A. 2000. O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, **Boletim Informativo do IGIF**, nº 3 p. 14-17.

ZANON, U. 2001. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar: Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade**, Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA

Guião de Entrevista

Eu, Nuno Miguel Faria Araújo, enfermeiro, docente na Escola Superior de Saúde Vale do Ave encontro-me a realizar o mestrado na área das Ciências Empresariais, na Universidade Fernando Pessoa. O meu estudo tem por título, "Acções Autónomas de Enfermagem – Ganhos em Saúde", e desenha-se em torno da autonomia implícita ao papel do enfermeiro, dos contributos isolados das suas intervenções, e dos ganhos em saúde por estes alcançados, tendo por finalidade contribuir para a racionalização dos cuidados de enfermagem ao longo do internamento hospitalar. A importância da relação entre os limites e competências de cada um dos profissionais no contexto da saúde deve reflectir os ganhos da acção destes junto ao doente.

Idade	
Género	
Anos de Serviço	
Contexto de Trabalho	
Habilitações Literárias	
Categoria Profissional	

1. Para si o que é Enfermagem?
2. O que entende por Ganhos em Saúde?
3. Que Ganhos em Saúde podem ocorrer com os cuidados de Enfermagem?
4. Dê exemplos de situações/ casos que tenha vivenciado e que sinta que ocorreram ganhos para os clientes/doentes/utentes.
5. Dê exemplos de Acções Autónomas de Enfermagem que contribuam para Ganhos em Saúde.
6. Que actividades desenvolve diariamente para a promoção da saúde dos clientes/doentes/utentes.
7. Na sua opinião como se pode medir os ganhos em saúde para os quais os enfermeiros contribuem

ANEXO II – QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - CIRURGIA/MEDICINA

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA						
Nº PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>								
UNIDADE	DIAGNÓSTICO	CAMA	RUBRICA					
ACTIVIDADES SELECIONADAS								
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		3	3	3	3	3	3	3
. Ajuda total		6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda total com cuidados especiais		8	8	8	8	8	8	8
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente / dieta zero / por familiar		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total		10	10	10	10	10	10	10
. Sonda nasogástrica / gastrostomia		12	12	12	12	12	12	12
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		0	0	0	0	0	0	0
. Independente com supervisão		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia		6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia		10	10	10	10	10	10	10
. Ajuda total 5 - 6 x dia		12	12	12	12	12	12	12
. Ajuda total ≥ 7 x dia		16	16	16	16	16	16	16
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total / incontinente / ostomizado		7	7	7	7	7	7	7
(assinale também, se se aplicar)								
. Alcalado		2	2	2	2	2	2	2
TÉRAPEÚTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia		1	1	1	1	1	1	1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia		2	2	2	2	2	2	2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia		4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia		2	2	2	2	2	2	2
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia		4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 5 x dia		8	8	8	8	8	8	8
. Transusão / soro intermitente		3	3	3	3	3	3	3
. Perfusão contínua		4	4	4	4	4	4	4
. Alimentação parentérica		8	8	8	8	8	8	8
. Oxigenoterapia		2	2	2	2	2	2	2
. Inaloterapia		3	3	3	3	3	3	3
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Penso simples		2	2	2	2	2	2	2
. Penso simples a várias lesões		4	4	4	4	4	4	4
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia		6	6	6	6	6	6	6
. Penso a lesão aberta 1 x dia		5	5	5	5	5	5	5
. Penso a lesão aberta 2 x dia		10	10	10	10	10	10	10
. Irrigação 1 - 2 x dia		4	4	4	4	4	4	4
. Irrigação ≥ 3 x dia		12	12	12	12	12	12	12
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngeas		8	8	8	8	8	8	8
. Tricotomia		3	3	3	3	3	3	3
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. T.P.R. 1 - 4 x dia		1	1	1	1	1	1	1
. T.P.R. ≥ 5 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 1 - 2 x dia		1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 3 - 4 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 5 - 8 x dia		5	5	5	5	5	5	5
. Pressão arterial ≥ 9 x dia		8	8	8	8	8	8	8
. Monitorizado		3	3	3	3	3	3	3
. Sinais neurológicos		3	3	3	3	3	3	3
. Teste rápido de glicémia		3	3	3	3	3	3	3
. Aceteste / glicofita		3	3	3	3	3	3	3
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Apoio emocional		2	2	2	2	2	2	2
. Ensino programado		3	3	3	3	3	3	3
. Deficiência sensorial não compensada		3	3	3	3	3	3	3
. Doente isolado / imobilizado		3	3	3	3	3	3	3
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)								
. Avaliação e actualização do plano de cuidados		2	2	2	2	2	2	2
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial		5	5	5	5	5	5	5
TABELA DE CONVERSÃO								
					Pontos			
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	82 - 96	11,5	
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12	
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5	
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13	
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5	
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14	
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5	
					H.C.N.			
					Média / HCN <input style="width: 100px;" type="text"/>			

ANEXO III – AUTORIZAÇÕES AO ESTUDO

Despacho: *[Handwritten signature]*

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital São João de Deus, EPE.

Recolha os pareceres sobre este tópico junto dos responsáveis de cada serviço

Eu, Nuno Miguel Faria Araújo, enfermeiro com a cédula profissional nº 4-E-44760, docente na Escola Superior de Saúde Vale do Ave, residente na Rua de Santa Maria de Viatodos nº1214 4775-271 Viatodos, com o contacto telefónico 917106020, venho por este meio solicitar a vossa autorização para realizar a colheita de dados, integrada no meu estudo de mestrado, na vossa instituição. O mestrado é na área das Ciências Empresariais, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Prof.ª. Dr.ª. Manuela Martins e co-orientação do Prof. Dr. Raul Guimarães. O meu estudo tem por título, "Acções Autónomas de Enfermagem - Ganhos em Saúde", e desenha-se em torno da autonomia implícita ao papel do enfermeiro, dos contributos isolados das suas intervenções, e dos ganhos em saúde por estes alcançados, tendo por finalidade contribuir para a racionalização dos cuidados de enfermagem ao longo do internamento hospitalar.

A importância da relação entre os limites e competências de cada um dos profissionais no contexto da saúde deve enumerar os ganhos da acção destes junto ao doente. Deste modo, é possível às administrações orientar estratégias de gestão que motivem e isolem as evidências que traduzem esta qualidade de serviços diferenciada. Toda esta problemática nos domínios da gestão dos cuidados preconiza a emergente percepção de que, se a evidência existe, e vou procura demonstra-la, dos ganhos e dos resultados obtidos pelas acções de Enfermagem toda e qualquer estratégia das organizações no âmbito de ganhos em saúde deve sempre englobar equipas onde nunca se deva prescindir do principal, o agente que cuida.

A Colheita de dados consiste na consulta de vários processos clínicos dos últimos 6 meses de um dos serviços de medicina e cirurgia, da vossa instituição, com o objectivo de observar a folha de classificação de doentes, o registo de plano de

Nada a opor. Parece ser um estudo interessante, entendo, pelo a ter realizado solicita-se:
1 - Parecer de Conselho de EPE
2 - Parecer dos Directores dos serviços de Med. e Cir.
3 - Autorização para Consulta dos Processos clínicos
4 - Autorização para Consulta do SAPE e SICD/E
[Handwritten signature] (310)
07.08.01

-VPE
→

Power Commission

Madras 1961

7/2/66

Govt Secy

- To Sr. Engr. Director

27-2-66

Wf

de a ep limps

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do
Hospital São João de Deus, EPE.

*Recolher os ganhos sobre todos os pontos
de responsabilidade de cada um*

Eu, Nuno Miguel Faria Araújo, enfermeiro com a cédula profissional nº 4-E-44760, docente na Escola Superior de Saúde Vale do Ave, residente na Rua de Santa Maria de Viatodos nº1214 4775-271 Viatodos, com o contacto telefónico 917106020, venho por este meio solicitar a vossa autorização para realizar a colheita de dados, integrada no meu estudo de mestrado, na vossa instituição. O mestrado é na área das Ciências Empresariais, na Universidade Fernando Pessoa, sob orientação da Profª. Drª. Manuela Martins e co-orientação do Prof. Dr. Raul Guimarães. O meu estudo tem por título, "Acções Autónomas de Enfermagem - Ganhos em Saúde", e desenha-se em torno da autonomia implícita ao papel do enfermeiro, dos contributos isolados das suas intervenções, e dos ganhos em saúde por estes alcançados, tendo por finalidade contribuir para a racionalização dos cuidados de enfermagem ao longo do internamento hospitalar.

A importância da relação entre os limites e competências de cada um dos profissionais no contexto da saúde deve enumerar os ganhos da acção destes junto ao doente. Deste modo, é possível às administrações orientar estratégias de gestão que motivem e isolem as evidências que traduzem esta qualidade de serviços diferenciada. Toda esta problemática nos domínios da gestão dos cuidados preconiza a emergente percepção de que, se a evidência existe, e vou procura demonstra-la, dos ganhos e dos resultados obtidos pelas acções de Enfermagem toda e qualquer estratégia das organizações no âmbito de ganhos em saúde deve sempre englobar equipas onde nunca se deva prescindir do principal, o agente que cuida.

A Colheita de dados consiste na consulta de vários processos clínicos dos últimos 6 meses de um dos serviços de medicina e cirurgia, da vossa instituição, com o objectivo de observar a folha de classificação de doentes, o registo de plano de

*Vada a opor. Parece ser um estudo interessante, contudo, para a sua
realização solicita-se:*
1 - Parecer de Conselho de EPE
2 - Parecer dos directores dos serviços de Med. e Cir.
3 - Autorização para Conselho do Processo Clínico
4 - Autorização para Conselho do SAPE e SICD/E
1 de Junho (2001)

cuidados, uma entrevista com o responsável do aprovisionamento e com o responsável pela farmácia, e dois dias de observação nos serviços de cirurgia e medicina. Procuo desta forma enumerar as acções autónomas de enfermagem ao longo do internamento, por diagnóstico médico, e aferir custos que delas resultam.

Assumo toda a responsabilidade pela confidencialidade dos dados observados, as despesas inerentes à colheita dos mesmos e por lhe transmitir todos os resultados obtidos através deste estudo.

Para a realização desta observação solicito a vossa disponibilidade entre as datas de 15 de Março de 2007 a 15 de Abril de 2007.

A medida das intervenções autónomas de enfermagem no contexto multidisciplinar aparece englobada numa mescla de intervenções que visam promover o bem-estar do utente. Contudo parece necessário perceber se nesta contribuição global, existe espaço para intervenções autónomas que traduzam para a gestão evidência, de forma a orientar o investimento nas áreas que melhor informação e ganhos produzam.

A identidade profissional e social constrói-se na intersecção de dois planos: o dos profissionais que se auto-reconhecem no desempenho de actividades que identificam como sendo da esfera do seu campo de intervenção e o plano do reconhecimento desse papel por parte dos outros que, não sendo enfermeiros, com eles se relacionam.

Grato pela atenção, com os melhores cumprimentos,

Nuno Araújo



Não tenho nada a opor em relação à presença no S. de Medicina, nem as consultas que efectuarei, uma vez aprovadas pela Comissão de Ética. Como o contacto me parece que será mais directamente com os enfermeiros e suas actividades penso que seria de todo o interesse solicitar parecer das Enfermeiras Chefe dos dois sectores.
Marie-Hélène Poteljeva

cuidados, uma entrevista com o responsável do aprovisionamento e com o responsável pela farmácia, e dois dias de observação nos serviços de cirurgia e medicina. Procuro desta forma enumerar as acções autónomas de enfermagem ao longo do internamento, por diagnóstico médico, e aferir custos que delas resultam.

Assumo toda a responsabilidade pela confidencialidade dos dados observados, as despesas inerentes à colheita dos mesmos e por lhe transmitir todos os resultados obtidos através deste estudo.

Para a realização desta observação solicito a vossa disponibilidade entre as datas de 15 de Março de 2007 a 15 de Abril de 2007.

A medida das intervenções autónomas de enfermagem no contexto multidisciplinar aparece englobada numa mescla de intervenções que visam promover o bem-estar do utente. Contudo parece necessário perceber se nesta contribuição global, existe espaço para intervenções autónomas que traduzam para a gestão evidência, de forma a orientar o investimento nas áreas que melhor informação e ganhos produzam.

A identidade profissional e social constrói-se na intersecção de dois planos: o dos profissionais que se auto-reconhecem no desempenho de actividades que identificam como sendo da esfera do seu campo de intervenção e o plano do reconhecimento desse papel por parte dos outros que, não sendo enfermeiros, com eles se relacionam.

Grato pela atenção, com os melhores cumprimentos,

Nuno Araújo



uf 12/02/2007
mãe foi reconhecida
