



Ana Patrícia Santos Cardoso

# Resultados dos cuidados de enfermagem em serviços de agudos de um hospital

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e pelo Professor António Fernando Amaral

Coimbra, 2012



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



**FEUC** FACULDADE DE ECONOMIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Patrícia Santos Cardoso

# Resultados dos cuidados de enfermagem em serviços de agudos de um hospital

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,  
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre

Orientadores: Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e Professor António Fernando Amaral

Coimbra, 2012



Pensamento

Desejaria ter tido sempre mais tempo  
do que aquele que me foi possível



## Agradecimentos

Agradecer a todos será vasto, a cada um será deveras minucioso.

A todos os que me foram levando pela mão até aqui chegar, a todos os que ouviram as minhas reflexões muitas das vezes infundadas, a todos vocês que se dispõem a ler estas simples folhas, o meu sincero bem haja.

Ao Sr. Prof. Amaral, a minha referência em enfermagem, desde o meu curso base, que hoje mantém a dedicação, o acompanhamento e o conhecimento que o distingue, em especial, agradeço-lhe com sinceridade todo o seu empenho nesta tese.

Ao Sr. Prof. Pedro Ferreira, pela leitura minuciosa de todas as páginas deste trabalho e por todo o conhecimento que me transmitiu, o meu sincero agradecimento.

Ao José que sempre me apoiou sem restrições, ao Salvador porque permitiu que cada frase fosse escrita. A eles o meu... muito obrigado.



## Índice

Introdução .....	1
<b>Parte I – Conceptual.....</b>	<b>5</b>
<i>Capítulo 1 – Cuidados de enfermagem: qualidade e factores influentes .....</i>	<i>7</i>
1.1 – Cuidados de enfermagem .....	7
1.2 – Qualidade dos cuidados de enfermagem .....	15
1.3 – Factores influentes nos cuidados de enfermagem .....	20
<i>Capítulo 2 – Indicadores de qualidade e efectividade dos cuidados de enfermagem .....</i>	<i>29</i>
2.1 – Indicadores de qualidade .....	29
2.2 – Efectividade dos cuidados de enfermagem .....	31
<i>Capítulo 3 – A Cognição, as respostas fisiológicas e o auto-cuidado como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.....</i>	<i>37</i>
3.1 – As capacidades cognitivas como resultado sensível aos cuidados de enfermagem.....	39
3.2 – Respostas fisiológicas na doença aguda.....	40
3.3 – Capacidade de auto-cuidado do utente .....	47
3.4 – Os ensinamentos de enfermagem e a aprendizagem do utente.....	49
<b>Parte II – Empírica.....</b>	<b>53</b>
<i>Capítulo 4 – Métodos.....</i>	<i>55</i>
4.1 – Tipo de estudo.....	55
4.2 – Objectivos, questão de investigação e hipóteses.....	55
4.3 – Instrumentos de colheita de dados .....	56
4.4 – Aplicação dos instrumentos de colheita de dados .....	66
4.5 – População e amostra .....	68
4.6 – Variáveis.....	69
4.7 – Tratamento de dados .....	69



4.8 – Princípios éticos .....	70
<i>Capítulo 5 – Resultados</i> .....	71
5.1 – Descrição do estado de saúde dos utentes e ambiente das práticas dos enfermeiros.....	71
5.2 – Ganhos em estado funcional.....	94
5.3 – Ganhos em estado cognitivo.....	100
5.4 – Ganhos em risco de úlcera de pressão.....	102
5.5 – Relação entre ambiente das práticas e estado funcional.....	104
<i>Capítulo 6 – Discussão e Conclusão</i> .....	109
Bibliografia .....	117
Anexos	
1 – Instrumento de colheita de dados: formulário InterRai	
2 – Instrumento de colheita de dados: questionário PES-NWI	
3 – Escala de Braden	
4 – Avaliação inicial do utente nos Serviços de Medicina I e II	
5 – Autorização do estudo	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Secções que compõem o instrumento InterRai aplicado no estudo.....	57
Quadro 2 – Perguntas que permitem analisar a ‘Participação nas políticas do hospital’.....	61
Quadro 3 – Perguntas que permitem analisar os ‘Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados’.....	62
Quadro 4 – Perguntas que permitem analisar a ‘Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros’.....	63
Quadro 5 – Perguntas que permitem analisar a ‘Adequação de recursos humanos e materiais’.....	63
Quadro 6 – Perguntas que permitem analisar as ‘Relações colegiais entre enfermeiros e médicos’.....	64



## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Adesão ao preenchimento do questionário PES-NWI nos serviços de medicina e cirurgia.....	67
Tabela 2 – Descrição sócio-demográfica dos utentes (N: 123).....	72
Tabela 3 – Estado civil dos utentes inquiridos .....	72
Tabela 4 – Proveniência dos utentes inquiridos .....	73
Tabela 5 – Formas de coabitação dos utentes inquiridos.....	73
Tabela 6 – Serviços que participaram no estudo .....	74
Tabela 7 – Episódio desencadeador da admissão.....	74
Tabela 8 – Período desde a última hospitalização (nos últimos 90 dias).....	75
Tabela 9 – Tempo passado no Serviço de Urgência.....	75
Tabela 10 – Tempo internamento (dias).....	76
Tabela 11 – Capacidades cognitivas para tomar decisões do dia-a-dia na pré-admissão, admissão e alta.....	76
Tabela 12 – Capacidade de memorizar/recordar. Memória de curto prazo, processual e situacional na pré-admissão, admissão e alta e médias da cognição na admissão e alta.....	78
Tabela 13 – Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual na admissão e alta.....	78
Tabela 14 – Sintomas de comportamento na pré-admissão, admissão e alta .....	79
Tabela 15 – Valores do auto desempenho nas AVDs na pré-admissão, admissão e alta.....	80
Tabela 16 – Locomoção/caminhar na pré-admissão, admissão e alta.....	82
Tabela 17 – Estado funcional – acamado na admissão e alta.....	83
Tabela 18 – Valores do auto desempenho nas AIVDs e capacidade na pré-admissão e alta.....	84
Tabela 19 – Continência urinária na pré-admissão, admissão e alta .....	86
Tabela 20 – Aparelho de recolha de urina na pré-admissão, admissão e alta .....	87
Tabela 21 – Continência fecal na pré-admissão, admissão e alta .....	87
Tabela 22 – Uso de pensos, fralda na pré-admissão, admissão e alta.....	88
Tabela 23 – Quedas do utente até ao momento de admissão.....	88

Tabela 24 – Sintomas de dor. Persistência da dor na pré-admissão, admissão e alta.....	89
Tabela 25 – Úlcera de pressão mais grave na admissão e alta.....	89
Tabela 26 – Anterior úlcera de pressão na pré-admissão.....	89
Tabela 27 – Risco de úlcera de pressão na admissão e alta .....	90
Tabela 28 – Diferença entre o risco de aquisição de úlcera de pressão na alta e na admissão .....	90
Tabela 29 – Local para onde o utente foi enviado após a alta .....	91
Tabela 30 – Dados relativos à idade dos enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços de medicina e cirurgia .....	92
Tabela 31 – Média das médias dos itens do questionário PES-NWI.....	93
Tabela 32 – Médias referentes às perguntas que pertencem às sub-escalas do PES-NWI.	94
Tabela 33 – Médias da soma dos itens do estado funcional nas AVDs na pré-admissão, admissão e alta.....	95
Tabela 34 – Médias da soma dos itens do estado funcional nas AIVDs na pré-admissão e alta.....	96
Tabela 35 – Teste <i>One-Way Anova</i> ao estado funcional nos momentos pré-admissão, admissão e alta.....	96
Tabela 36 – Valores do estado funcional na admissão e alta com a aplicação do <i>Paired-Samples T test</i> .....	98
Tabela 37 – Valores do estado funcional na pré-admissão e alta com a aplicação do <i>Paired-Samples T test</i> .....	99
Tabela 38 – Valores da cognição na admissão e alta com a aplicação do <i>Paired-Samples T test</i> .....	101
Tabela 39 – Teste <i>One-Way Anova</i> ao estado cognitivo nos momentos admissão e alta.....	101
Tabela 40 – Relação entre: Úlcera de pressão mais grave na alta e Risco de úlcera de pressão na admissão .....	103
Tabela 41 – <i>Chi-Square Tests</i> : Úlcera de pressão mais grave na alta e Risco de úlcera de pressão na admissão .....	103
Tabela 42 – Teste <i>One-Way Anova</i> ao estado funcional da alta menos o estado funcional da admissão .....	104

Tabela 43 – Média do PSE-NWI nos serviços de medicina e cirurgia.....	105
Tabela 44 – Correlação entre as sub-escalas do PES-NWI.....	106



## Siglas

ANA – *American Nurses Association*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVDs – Actividades de Vida Diária

AIVDs – Actividades Independentes de Vida Diária

CHBV – Centro Hospitalar Baixo Vouga

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DL – Decreto-Lei

EUA – Estados Unidos América

Ghaf – Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

HIFRM – *Hendrich II Fall Risk Model*

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

MAQCEH – Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

NIC – *Nursing Interventions Classification*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PES-NWI – *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*

RAI – *Resident Assessment Instrument* (Instrumento de Avaliação do Residente)

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOHO – *Schizophrenia Outpatient Health Outcome*

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

SU – Serviço Urgência



## Símbolos

% – Percentagem

H – Hipótese

## Abreviaturas

Ad. – Admissão

Prof. – Professor

Sr. – Senhor

h - hora

## Resumo

A enfermagem é uma profissão que inserida num contexto de análise da qualidade em saúde, precisa de comprovar a sua indispensabilidade. O ciclo da qualidade de Donabedian (1980) incute a necessidade de avaliar indicadores de estrutura, processo e resultados. Considerando ser ainda escassa a informação acerca dos resultados, surge esta tese que visa esmiuçar a efectividade dos cuidados de enfermagem. O presente estudo descritivo correlacional, visou analisar os resultados das práticas de enfermagem no doente internado no Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV), nos serviços de medicina e cirurgia. A recolha de dados em 123 doentes foi efectuada durante seis meses (Agosto/2011 a Janeiro/2012). Foi utilizado o formulário InterRai-Acute Care, em três momentos, pré-admissão, admissão e alta. No estado funcional do doente, constatou-se que é mais significativa a diferença de valores entre a pré-admissão e a admissão, o que revela uma deterioração do estado funcional do doente na hospitalização. Existe uma diferença significativa do estado cognitivo dos doentes entre a admissão e a alta o que indica um agravamento desta variável desde a entrada do doente. Sendo um dos indicadores sensíveis às práticas de enfermagem, a presença de úlceras de pressão mais graves na alta, não está relacionada com o risco de úlcera de pressão apresentado na admissão. Ao analisar de que forma o ambiente das práticas influenciava estes resultados obtidos, optou-se por aplicar o questionário PES-NWI (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*), aos enfermeiros dos serviços. Considerando uma pontuação média equilibrada de 2,5 valores (a partir do qual o ambiente de práticas seria favorável), obteve-se um resultado global de média do ambiente das práticas de 2,43, o que demonstra existir um ambiente de prestação de cuidados desfavorável. Nenhum dos serviços onde decorreu o estudo atingiu o valor de média 2,5, sendo o Serviço de Cirurgia ainda, o menos desfavorável (2,45) e o do Serviço de Medicina III o mais desfavorável (2,38), face ao valor do Serviços de Medicina I de 2,41 e o da Medicina II de 2,40. Dos 60 questionários preenchidos, 77,8% dos enfermeiros concorda com a 'Participação nas políticas do hospital', 90% discorda com os 'Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados', 60% concorda com a 'Capacidade gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros', 75% concorda com a 'Adequação de recursos humanos e materiais' e 100% discorda com as 'Relações colegiais entre enfermeiros e médicos'. Constatou-se que estas duas últimas sub-escalas, não interferem no ambiente das práticas. Acreditamos que o estudo poderá servir para sensibilizar os enfermeiros envolvidos nos cuidados para a necessidade de reflectir na temática, aumentando a associação das suas práticas ao conhecimento científico e transmitir aos enfermeiros envolvidos na gestão dos serviços, que a enfermagem tem um único caminho na conjuntura actual, demonstrar bons resultados das suas práticas do cuidar, comprovando que promove a melhoria do binómio saúde/doença do doente.

Palavras – Chave: Enfermagem; Resultados das práticas; Estado funcional; Cognição; Ambiente das práticas



## Abstract

Nursing is a profession that embedded in a context analysis of health quality, needs to prove its indispensability. The quality cycle advocated by Donabedian (1980) instills the need to assess structure, process and outcome indicators. Considering the poor information about the existent results, this thesis appears in order to scrutinize the effectiveness of nursing care. This descriptive correlational study aimed to analyze the results of nursing practices in patient admitted in Low Vouga Hospital Center (CHBV) in medical and surgical services. Data collection was performed in 123 patients during six months (August/2011 to January/2012). We used the InterRai-Acute Care form, applied in three times, pre-admission, admission and discharge. In the patient functional status, it was found that is more significant the difference of values between the pre-admission and admission, showing a deterioration of functional status of the patient during hospitalization. There is a significant difference in the patients cognitive state between admission and discharge which demonstrates an increase of this variable since the entry of the patient. Being one of the nursing sensitive indicators to nursing practices, the presence of more severe pressure ulcers in discharge is not associated with the risk of pressure ulcers on admission. In perspective to analyze how environmental practices indeed influenced these results, we chose to apply the PES-NWI (*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*). Pointing as a balanced average of 2,5 values (from which the practice environment would be favourable), this study yielded a result of global practice environmental average of 2,43, which demonstrates there is an unfavourable environment of care. None of the services where the study took place reaches the average of 2,5, and is still the Surgery Service, the less unfavorable (2,45) and the Medicine III Service the worst (2,38), compared to the Medicine I Service of 2,41 and Medicine III of 2,40. Of the 60 completed questionnaires, 77.8% of nurses agreed to 'Participate in the hospital policies', 90% disagree with the 'Nursing fundamentals of care quality', 60% agree with the 'Nurses management ability, leadership and support', 75% agree with the 'Adequacy of human and material resources' and 100% disagree with the 'Collegial relationship between nurses and physicians'. It was found that these last two sub-scales do not interfere in the environment of care practices. We believe that the study may serve to sensitize nurses involved in the care of the need to reflect on the theme, increasing the association of their practices and scientific knowledge to pass on to nurses involved in the management of services, that nursing has a unique path in the current juncture, demonstrate good results of their care practices, proving that promotes the improvement of the binomial health/illness of the patient.

**Keywords:** Nursing; Practices Results; Functional Status; Cognition; Environment of practices



## Introdução

Os cuidados de enfermagem prestados aos doentes, assumem cada vez mais um papel importante, não apenas em reconhecimento social e na gestão de recursos das áreas hospitalares mas também na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Como tal, é importante medir os resultados dos cuidados prestados ao doente na perspectiva de afirmarmos, de que forma eles influenciam ou não, o estado de saúde do indivíduo.

A prestação de cuidados de enfermagem requer conhecimentos teóricos, perícia prática e experiência comprovada. Contudo, a prática do cuidar raramente é avaliada naquilo que podem ser os resultados obtidos pela sua existência. A enfermagem deve comprovar que os seus cuidados são essenciais na melhoria do quadro global dos utentes dos serviços de saúde.

Com o desenvolvimento desta dissertação de mestrado pretende-se, não apenas abordar o tema da prestação de cuidados de enfermagem mas também, chegar aos resultados que essa prestação produz nas áreas que são, segundo as melhores evidências, sensíveis aos cuidados de enfermagem e de que forma os ambientes de prática influenciam esses resultados.

Quisemos assim saber como evoluía a situação dos doentes durante a hospitalização e de que forma os ambientes de prática de enfermagem influenciam os resultados obtidos nos doentes internados em serviços de medicina e cirurgia do Centro Hospitalar Baixo Vouga (CHBV).

Para isso, desenvolvemos um estudo descritivo correlacional que tem como objectivos: analisar os resultados obtidos pelos doentes internados nos serviços de medicina e

cirurgia do CHBV, que foram sujeitos aos cuidados de enfermagem e determinar de que forma o ambiente de trabalho do enfermeiro influencia os resultados dos cuidados de enfermagem ao utente internado.

Este relatório do trabalho que realizamos está organizado em duas partes: conceptual e empírica. A primeira parte, conceptual, está subdividida em três capítulos.

No Capítulo I encontra-se o enquadramento teórico onde se explana alguns conceitos fundamentais para o entendimento da temática em causa, comprovada por autores e estudos reconhecidos que focam essencialmente a importância dos cuidados de enfermagem, a qualidade com que são prestados e os factores que influenciam o desempenho dos enfermeiros.

O Capítulo II referencia um enquadramento teórico dirigido para a temática dos indicadores de qualidade e a efectividade dos cuidados de enfermagem.

O Capítulo III aborda as componentes de avaliação dos resultados das práticas de cuidados de enfermagem no que diz respeito à cognição, respostas fisiológicas e auto-cuidado do utente.

De seguida, inicia-se a Parte II do estudo, empírica, surgindo o Capítulo IV, que descreve minuciosamente os métodos utilizados, indicando o tipo de estudo, os objectivos, a questão de investigação, as hipóteses, os instrumentos de colheita de dados, a sua aplicação, a população e a amostra do estudo, as variáveis, o tratamento de dados e os princípios éticos que regeram o estudo.

O Capítulo V apresenta os resultados do estudo. Inicialmente faz-se a descrição do estado de saúde dos utentes que pertencem à amostra e do ambiente das práticas que os enfermeiros vivenciam nos serviços do estudo. Surge de seguida, a indicação dos ganhos

obtidos em estado funcional, em estado cognitivo, em risco de úlcera de pressão e por fim apresenta-se a relação entre o ambiente das práticas dos enfermeiros e o estado funcional dos utentes.

Em forma de conclusão, no Capítulo VI, discute-se os principais resultados obtidos, são colocadas algumas sugestões a implementar no futuro, com vista à melhoria das práticas dos cuidados versus resultados de enfermagem e indicam-se as limitações do presente estudo.

A efectividade dos cuidados de enfermagem é uma preocupação constante ao longo do percurso de investigação que nas próximas páginas é explanado, julgamos que de forma pertinente.





PARTE I – CONCEPTUAL



## Capítulo I – Cuidados de enfermagem: qualidade e factores influentes

### I.1 – Cuidados de enfermagem

#### Breve evolução histórica de enfermagem

A enfermagem constitui-se como profissão autónoma, a partir do conhecimento produzido por várias disciplinas. Simultaneamente foi desenvolvendo a sua acção, na substituição das acções de auto-cuidado na pessoa debilitada e que ela própria faria se tivesse vontade, a capacidade e o conhecimento (Herderson, 2005). O autor Hesbeen (1998, p.28) referiu que “Todas as pessoas têm que saber cuidar de si mas, em determinadas circunstâncias, podem necessitar da ajuda de um ou de outro perito”.

Na Idade Média, a devoção a Deus associada ao cuidar dos irmãos cristãos, à necessidade de evitar que as pessoas morressem nas ruas e, ainda, a crença de que para cuidar os males do corpo era necessário primeiro tratar da alma foram factores que justificaram a centralização dos cuidados de enfermagem nos mosteiros. Em Portugal, já no século XV surgem as misericórdias que exerciam o cuidar do enfermo, numa perspectiva muito semelhante à essência de enfermagem. Apesar de nesta altura a enfermagem estar intrinsecamente associada à religião, surgem em 1834 os primeiros locais que prestavam cuidados com mais qualidade, designados oficialmente por hospitais. Portugal tal como os restantes países da época reunia enfermeiros a trabalhar em condições precárias, socialmente mal reconhecidos e com escassa formação (Vieira, 2009). Por seu lado, Adão (1956) citado por Vieira (2009, p.21) refere que “Quando o exercício de enfermagem foi regulamentado e exigida a carteira profissional, cerca de 80% dos enfermeiros em exercício no país não tinham condições para o ser”. Com base nestes pressupostos,

depreende-se que um longo percurso decorreu em enfermagem, até aos dias actuais. É neste contexto que surge de seguida, uma breve lista que retrata a evolução do perito em enfermagem em Portugal (Nunes, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2010):

- ✓ 1881 – Surge o primeiro curso de enfermagem em Portugal, nos Hospitais da Universidade de Coimbra;
- ✓ 1918 – Cria-se o Curso Geral e Curso Complementar de enfermagem;
- ✓ 1930-1939 – Surge o primeiro movimento sindicalista na profissão. As escolas de enfermagem iniciam a sua proliferação, associadas a ordens religiosas;
- ✓ 1950-1959 – Primeira reunião nacional dos profissionais de enfermagem. É aprovado o Regulamento das Escolas de Enfermagem. Três quartos dos alunos, preferiam desempenhar funções de auxiliares de enfermagem, devido ao mau reconhecimento social e aos baixos salários;
- ✓ 1967 – Estruturação das carreiras de enfermagem: hospitalar, saúde pública e de ensino;
- ✓ 1968 – Criação da Associação Portuguesa de Enfermeiros;
- ✓ 1973 – Realiza-se o primeiro Congresso Nacional de Enfermagem;
- ✓ 1974 – Foi extinto o curso de auxiliares de enfermagem e conferido o título de enfermeiros de 3ª classe aos auxiliares com três anos de serviço desempenhando as funções de enfermeiro;
- ✓ 1976 – Estipulam-se restrições à entrada de alunos nas faculdades mais procuradas, aumentando a procura nas escolas de enfermagem;
- ✓ 1979 – Criação do Serviço Nacional de Saúde;
- ✓ 1981 – É publicado o diploma da carreira de enfermagem Decreto-Lei (DL) 305/81;
- ✓ 1986 – Integração da profissão de enfermagem nas carreiras especiais da Função Pública;
- ✓ 1988 – Integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível superior;
- ✓ 1990 – Publicada a Lei de Bases da Saúde;

- ✓ 1996 – Publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE);
- ✓ 1998 – O Estado Português cria a Ordem dos Enfermeiros (OE). Passa a ser obrigatório o registo de todos os enfermeiros;
- ✓ 1999 – Realizam-se as primeiras eleições para os órgãos da Ordem dos Enfermeiros em Portugal.

Constata-se desta forma, que demorou alguns anos a incutir oficialmente um cunho profissional à enfermagem, que no entanto nunca deixou de exercer a sua arte de bem cuidar do outro, mesmo nas circunstâncias mais adversas. Surge a necessidade de focar o conceito de profissional como sendo, segundo Amante, et al. (2006, p.5) “...aquele que sabe mobilizar a sua subjectividade e a sua identidade profissional na vida profissional, obedecendo a uma ética e a regras deontológicas e atingindo um nível de excelência por possuir um corpus de saberes e um saber fazer reconhecido e valorizado”. O mesmo autor acrescenta ainda que, a competência das profissões visualiza-se nas acções estrategicamente estruturadas, que implicam não apenas um saber fazer mas também saber o que fazer e como fazer para obter um determinado fim (Amante, et al., 2006). As autoras Conceição e Ramos (2004, p.33) referem ainda que “A experiência profissional, a nossa auto-avaliação, o reconhecimento das nossas práticas são os vectores indicativos da nossa competência”. Segundo o REPE (1996, p.21) enfermeiro é “...o profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao individuo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”. Em determinados momentos de doença, incapacidade ou falta de vontade e/ou de conhecimento, a pessoa precisa de cuidados, que apenas o enfermeiro, com o seu corpo de competências, conhecimento e saberes consegue promover (Vieira, 2009). Ainda o

REPE (1996, p.21) veio assim, estipular claramente o foco de actuação de enfermagem, e importa aqui salientar um dos seus primordiais artigos, artigo 4º, nº I - “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”. O referido documento ainda classifica as formas de actuação em fazer por, orientar, ajudar, encaminhar, supervisionar e avaliar resultados (REPE, 1996).

#### Enfermagem: ciência humana, disciplina e formação

Falar na história de enfermagem exige mencionar Florence Nightingale como grande figura carismática e impulsionadora da importância de enfermagem como profissão. Esta emblemática enfermeira iniciou em 1860 um movimento de consternação social que culminou no reconhecimento de enfermagem como ciência da arte de bem cuidar (Silva, 2008). Na época em causa, foi inovador este tipo de atitude, pois até esse momento a maioria pensava que a enfermagem se aprendia apenas por treino (Nogueira, 1990). Não poderíamos também deixar de considerar o mérito de Henderson quando definiu o papel do enfermeiro como muito subjectivo e qualitativo, acreditando na capacidade de empatia que este possuía (Watson, 2002). Contudo, embora na época já se reconhecesse que os “...enfermeiros possuem capacidades suplementares e oportunidades maiores para exercerem a arte de cuidar” (Heesbeen, 1997, p.46), já muito se especulava acerca da necessidade de formação dos profissionais de enfermagem. Silva (2008, p.35), baseando-se na opinião de Costa Simões, Administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 1856 refere que “Só com o aumento da remuneração se tornaria na época, possível

garantir o carácter permanente daqueles funcionários, bem como a existência de um quadro de enfermeiros devidamente habilitados”, o que explana a preocupação, já existente na época, da formação de enfermeiros. Desta forma, ao longo dos tempos, tem sido indispensável não apenas tornar o ensino de enfermagem consolidado mas igualmente fazer transparecer a sua idoneidade. Esta meta ficou definitivamente vincada, através da definição das competências do enfermeiro em Outubro de 2003, pelo Conselho de Enfermagem da OE, que assim regulamentou o exercício da profissão, atribuindo definitivamente um nível de qualificação profissional à enfermagem.

Reflectir sobre a enfermagem como uma profissão, ciência e disciplina pode envolver alguma complexidade e confusão na medida em que a enfermagem sustenta-se numa teoria que é construída por saberes oriundos de outras ciências médicas e não exclusivamente obtida pela investigação de problemas únicos de enfermagem e por sua vez, a sua prática envolve também uma dependência de prescrições médicas (Gameiro, 2003). Contudo, é essencial compreender que a enfermagem possui um conteúdo funcional autónomo, sustentado em conhecimentos próprios que lhe permitem cuidar em vez de tratar (este, preconizado no modelo biomédico) (Gameiro, 2003). Este mesmo autor, refere ainda que ciência não é sinónimo de teoria, assim como arte de prática. Deve-se distinguir os conhecimentos científicos que os enfermeiros necessitam (oriundos de outras ciências) dos conhecimentos específicos de enfermagem (vindos de Enfermagem ciência), embora ambos sejam obrigatórios para a prática de cuidados. Donahue (1985) citado por Gameiro (2003, p.7) afirma que “...a arte é uma forma de interrogação qualitativa e supõe um tipo de percepção activa, dinâmica e em desenvolvimento contínuo; a acção artística é guiada por uma qualidade emocional, mas envolve um reforço da inteligência e do pensamento.” Assim se afirma a enfermagem como ciência e



arte. No entanto, Gameiro (2003, p.10) reforça que "...a tentativa de traduzir em exclusivo o saber de enfermagem no discurso científico tem-se revelado redutor da substância e da visibilidade do papel da enfermagem no âmbito das profissões da saúde".

#### Cuidar versus cuidado

Na segunda metade do século dezanove, o primeiro sentido do cuidar dos enfermeiros foi atribuído a tarefas do domicílio e apenas mais tarde foi conferido o aspecto técnico e de conhecimento à profissão (Nunes, 2003).

O autor Hesbeen (1997) perspectiva o enfermeiro como possuidor de um conjunto de habilidades que o elegem como profissional chave, no seio dos restantes intervenientes nos cuidados. Salaria o autor, não apenas o facto de estar mais próximo do doente, nas vinte e quatro horas, como possuir mais liberdade de intervenção visto que, para além das suas intervenções técnico científicas, tem ainda um vasto leque de conhecimentos que lhe permite fazer algo mais pelo indivíduo, quando as restantes áreas de intervenção já esgotaram a sua actuação.

Contudo, salienta que *cuidar* não deverá ser confundido com *cuidado*, visto que este último conceito deverá ser uma característica presente e transversal a todas as profissões. A mesma linha de pensamento se aplica à designação de prestador de cuidados, que antigamente era unicamente aplicada aos enfermeiros e no contexto actual aplica-se a todos os profissionais da área da saúde. Estes devem utilizar todo o seu conhecimento, único e específico, no utente, permitindo que este melhore da sua condição de desequilíbrio orgânico. É indispensável neste contexto lembrar que, independentemente dos objectivos que se queiram atingir, cada profissional, na

perspectiva do *cuidado*, não se deve focar unicamente no órgão afectado mas sim perspectivar o indivíduo, como um todo (Hesbeen, 1997).

#### ○ reconhecimento do cuidar

A visão que antigamente se tinha do enfermeiro que cuidava do doente sofreu algumas mudanças até à actualidade. Silva (2008, p.15) na sua obra referiu que “Na maioria dos hospitais, todo o pessoal de enfermagem era feminino, estando dividido em dois graus: o inferior, da *nurse* ou *ward-maid*, que tinha a cargo as tarefas domésticas e a vigilância dos doentes; e o superior, da *head nurse* ou *sister* que supervisionava as enfermeiras e tratava dos casos mais sérios”. Através desta afirmação compreende-se melhor o espectro social que era atribuído ao enfermeiro que já na época, era diferenciado segundo as suas competências mas que muitas destas, estavam relacionadas com tarefas domésticas.

A sociedade visualiza a enfermagem em diferentes vertentes, muitas das vezes influenciadas pelas suas expectativas, experiências, crenças e valores. As representações sobre o cuidar de enfermagem, do ponto de vista do próprio enfermeiro e na perspectiva do cidadão, têm-se alterado significativamente. Em muitas das situações, o enfermeiro é conotado pela sociedade como um profissional de segunda categoria, em que, como não teve oportunidade de seguir medicina, levou um rumo menos prestigiado, associado a tarefas menos próprias e com significado menos reconhecido (Hesbeen, 1997). A maior parte dos estudos que têm sido realizados na perspectiva de avaliar a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, focam aspectos como o ambiente, as condições estruturais, o tempo de espera, a comunicação, as competências relacionais, a postura e quando avaliam a competência técnico-cognitiva dos enfermeiros, resumem-se a avaliar esta, pelo interesse demonstrado, pela preocupação e pela prontidão da acção,

sugerindo assim, estarem incompletos (Ribeiro, 2005). A frase de Nogueira (1990, p.155) “O sorriso franco do enfermeiro é a fonte de esperança para o doente” sugere estar assim reduzida a um único aspecto da actuação do enfermeiro até porque, o doente foca noutros tantos aspectos, não só a sua esperança como as suas expectativas de cura ou de melhoria, do seu estado de doença.

No que toca à visão que os enfermeiros têm de si, sobre o seu desempenho, sobrevaloriza-se excessivamente as competências técnicas em detrimento de atitudes menos palpáveis, menos prestigiantes que não traduzem socialmente um prestígio tão rápido, podendo assim descurar-se a vertente do cuidar na sua plenitude (Hesbeen, 1997). Este autor refere “Enfermeiras e Enfermeiros que exercem em serviços de ponta, de elevada tecnicidade são animados por uma forma de sentimento de superioridade relativamente aos seus colegas que exercem junto de pessoas ditas crónicas, por terem a impressão de exercer uma actividade mais interessante do que eles”. (Hesbeen, 1997, p.52)

Já Hesbeen (1997) citando Vuori (1988), realçava o aspecto fulcral de que, as próprias orientações para os profissionais de saúde, emanadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), exageraram pelo realçar das componentes técnicas, descurando as restantes e colocando estas, num patamar inferior de importância no reconhecimento. Uma opinião semelhante, embora mais recente, indica que apesar da dimensão comunicacional, compreensiva, relacional e ética, existem profissionais que valorizam mais a vertente técnica face à componente psicossocial, levando ao aparecimento de atitudes menos positivas na prática diária (Fernandes, 2007). Estes factos por si só, espelham a própria perspectiva de actuação do enfermeiro para com os seus utentes.

## 1.2 - Qualidade dos cuidados de enfermagem

A qualidade dos cuidados em saúde tem vindo a ser foco de uma análise profunda nos últimos tempos. A OE (2001, p.5) diz que “Qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local (...). Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem este pode ser negligenciado, ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade em saúde”. Já Giraud (1994, p.938) afirma que “...se se aceitar a hipótese de que avaliar os cuidados consiste em apreciar a sua qualidade, estamos a contrariar a definição desta. Como tudo o que é essencial, a qualidade é uma noção vaga, difícil de definir e que varia no tempo e no espaço e, também, segundo as pessoas e os pontos de vista (...). A qualidade de uma mesma situação de cuidados, num determinado local, pode ser apreciada de modo muito diferente consoante se trate de um médico ou de um doente a fazê-lo”. Esta transcrição aborda alguns aspectos fulcrais da avaliação da qualidade, reforçando a ideia que é difícil medir qualidade devido à sua variabilidade de contexto, local e época temporal.

Qualquer utente que recorra a um serviço de saúde leva consigo uma carga de expectativas e ideias pré-formadas que também poderão influenciar a sua perspectiva sobre o serviço prestado. Embora qualidade possa ser observada em diversas áreas, desde a alimentar até ao atendimento público, na saúde, este conceito está mais valorizado, pois trata-se de um bem essencial único de cada cidadão e daí, esta maior sensibilidade com conseqüente sobrevalorização (Pereira, 2003). No entanto, provavelmente nem todo o cidadão é capaz de julgar a qualidade do cuidado prestado. Apenas o utente que viveu experiências de média e longa duração será o provável juiz justo da prestação de enfermagem (Serra, 2005).

Marques (2000, p.5) indica que “...as expectativas de cuidados de enfermagem variam de utente para utente e dependem de vários factores, nomeadamente do referencial socioeducativo e cultural, da personalidade, do estado de saúde, entre outros”. Daí que, medir qualidade é tarefa árdua, como tem vindo a ser reforçado. A mesma autora (2000, p.15) acrescenta ainda que “...na prestação de cuidados de enfermagem, o enfermeiro está continuamente a ser observado, daí a sua exposição a julgamento” o que dificulta a tarefa de avaliação pois as suas práticas além de serem constantes, são um pouco imperceptíveis para o utente, envolvem uma enorme complexidade de avaliação técnica e traduzem-se em resultados difíceis de quantificar.

Falar em qualidade exige mencionar Donabedian como grande propulsor da área da qualidade em saúde. Foi no Século XX que os custos em saúde e a eficácia dos sistemas de saúde começaram a ser questionados, facto que levou Donabedian a preocupar-se com a temática, referindo que para além de existirem diversas definições de qualidade existe uma tríade que é a sùmula pela qual todo o acto ou processo em saúde deverá ser avaliado, com base em indicadores de estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1980). Este mesmo autor explicita que por estrutura entende a avaliação da organização da instituição onde o utente recebe os cuidados (desde a organização da equipa de profissionais, aos métodos de pagamento, ao ambiente físico da instituição e recursos disponíveis quer humanos, quer materiais), por processo a avaliação do desempenho na prestação (os métodos desenvolvidos na prestação de cuidados e a própria relação que se estabelece entre profissional de saúde e utente) e que os indicadores de resultados surgem da avaliação dos produtos finais detectáveis no utente (onde as expectativas e a satisfação do utente assumem um importante papel). Ainda acrescenta que, são os

resultados que permitem analisar a eficiência, a efectividade e a satisfação dos utentes face aos cuidados que receberam (Donabedian, 1980).

Contudo, as ferramentas utilizadas na medição da responsabilidade individual que cada enfermeiro incute nos cuidados específicos a cada doente, ainda são insuficientes, dificultando assim, a avaliação da qualidade na prestação dos cuidados. Os resultados do processo de avaliação, seriam essenciais para permitir aos enfermeiros melhorar as suas práticas (Kemp e Richardson, 1995).

Para avaliar um determinado cuidado, na perspectiva da sua qualidade, procedemos sempre à comparação do que foi efectuado face ao que deveria ter sido praticado, de forma a atingir melhores resultados finais (Jorge e Simões, 1995). Surge assim uma forma de avaliação de qualidade, designada por método de Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH). Esta referência é criada, para colmatar a falha na avaliação entre os cuidados de enfermagem prestados e a forma correcta de como deveriam ser praticados. Nesta perspectiva, este método que foi aplicado em muitos dos hospitais nacionais, visava avaliar a qualidade de cuidados de enfermagem apenas a nível hospitalar a utentes dependentes, crianças com alterações do padrão respiratório, mulher em trabalho de parto e o adulto num Serviço de Urgência (SU). Contudo, esta ferramenta de avaliação foca-se apenas na avaliação do processo, nomeadamente no acto e na forma de como o acto foi realizado, revelando assim algumas lacunas de análise (Correia, et al., 1993).

Semelhante opinião apresentam Kemp e Richardson (1995) quando apontam algumas dificuldades quando restringe-se a avaliação da qualidade exclusivamente ao processo de enfermagem: informação pouco acessível, os doentes não percebem as questões que lhe são feitas e respondem inadequadamente e pode haver interferência do avaliador na

recolha de resultados, nomeadamente com preconceitos ou juízos de valor. Comprova-se assim, que o processo de avaliação da qualidade dos cuidados, não só é árduo pela sua complexidade, difícil de delimitar, mas que tem merecido uma especial atenção das várias entidades responsáveis.

Sendo uma das funções do Serviço Nacional de Saúde (SNS), garantir qualidade nos cuidados prestados, destaca-se aqui uma definição de Williamson (1978) citada por Sale (2000, p.27) “Garantia da qualidade é a medida do nível actual dos serviços prestados mais os esforços para modificar, sempre que necessário, a prestação desses serviços tendo em conta os resultados dessa medição”. Medir os resultados das práticas dos profissionais, surge então, como uma fundamental necessidade.

Em 1966 no *Wayne State University College of Nursing* nos Estados Unidos América (EUA), desenvolveu-se a escala *Quelpac* que media os cuidados de enfermagem recebidos pelos utentes. Era constituída por 68 itens, onde os doentes aleatoriamente eram seleccionados para serem alvo de observação directa aquando os diversos momentos de prestação de cuidados por enfermeiros. Contudo as críticas que pairavam sobre esta escala, eram a baixa fiabilidade no registo de certas observações, assim como alguns itens raramente eram preenchidos, alterando então os resultados obtidos (Kemp e Richardson, 1995).

Será neste momento interessante focar a *Monitor* (índice da qualidade dos cuidados de enfermagem para enfermarias de doentes agudos de medicina e cirurgia) como uma escala que foi bastante utilizada no Reino Unido nos anos setenta, onde um grupo de profissionais previamente esclarecido, aplicava quatro questionários ao doente, que era seleccionado de forma aleatória e observava neste, atitudes e comportamentos que no final traduziam o índice da qualidade de cuidados numa enfermaria, em percentagem. As críticas apontadas a esta escala eram a longa extensão de itens a preencher pelo

enfermeiro que se cansava rapidamente podendo apressar o preenchimento, alterando assim os resultados e não ser uma escala específica para método individual de enfermagem, uma vez que se podia aplicar ao método por tarefas, não tornando assim perceptível a qualidade individual de cada profissional. Contudo, era focado como um método que indicava a qualidade mas não a quantificava (Kemp e Richardson, 1995).

Ainda na época, um dos modelos também utilizado a nível internacional não só pela *American Nurses Association (ANA)* como pela *Royal Australian Nursing Federation*, para avaliar a qualidade dos cuidados é o modelo de Lang que foi formulado em 1976 e que mais tarde, terá sofrido algumas modificações mas que genericamente implicava criar uma comissão que fizesse a identificação unânime de valores de enfermagem, rever a literatura sobre programas de qualidade e recursos, analisar os programas disponíveis, determinar o plano de garantia da qualidade, estabelecer normas e critérios de resultado, processo e estrutura, rectificar as normas e critérios e avaliar os níveis actuais da prática de enfermagem em comparação com as normas. Mas, curiosamente, uma das posteriores modificações que este modelo sofreu foi a inclusão da etapa, ou seja, identificar e analisar os factores que estão a contribuir para os resultados. Já na época esta alteração demonstrou a real pertinência da avaliação dos resultados das práticas dos cuidados, necessidade essa, que ainda se encontra actual. Contudo, se é pertinente avaliar os resultados, será útil compreender o lugar do utente neste processo.

O utente nos cuidados de saúde, tem-se tornado nas últimas décadas o principal alvo de atenção quer dos profissionais, quer dos gestores das instituições de saúde. A razão para isso está centrada no papel de decisão e de crítica que o próprio tem desenvolvido e manifestado (Serra, 2005). Contudo, esta reflexão remete-nos para a capacidade de aprendizagem experiencial de cada indivíduo. Josso (2002) citado por Serra (2005) indica



que a experiência implica não apenas uma vivência, mas uma actividade de reflexão sobre a mesma, o que nem sempre é executada, não se transformando assim em aprendizagem efectiva. Ora assim sendo, está subjacente neste processo uma actividade cognitiva do indivíduo. E no que se refere a este processo, Kemp e Richardson (1995) mencionam que o nível de conhecimento do utente pode impedir que este faça um juízo de valor válido sobre os cuidados prestados, acrescentando ainda que, as pessoas que rodeiam o doente podem ter uma maior influência sobre o seu estado de saúde do que um outro qualquer profissional de saúde, bem intencionado. Neste contexto, surge a necessidade de analisar os factores que poderão intervir nos cuidados de enfermagem.

### 1.3 – Factores influentes nos cuidados de enfermagem

No contexto macroeconómico em que as instituições de saúde se encontram, cada vez mais a ideia de avaliar a qualidade se confronta com a necessidade de obter ganhos de efectividade. Nesta linha de pensamento, a valorização do profissional pode ter sido esquecida, na medida em que poucas medidas são focadas nele de modo a que continue a produzir qualidade e aumente a sua motivação. De facto, esta linha defende que o trabalhador é o único elemento que produz alguma coisa numa organização. Deveria ser então valorizado e ser levado em conta neste processo de avaliação da qualidade (Monteiro, 2003).

No contexto actual da profissão de enfermagem, sabemos empiricamente que existem factores que influenciam o desempenho profissional e que poderão interferir na qualidade dos cuidados prestados ao utente. Bartmann, Túlio e Krauser (2005, p.53) indicam que “Dimensionar o pessoal de enfermagem é prever a quantidade e qualidade de

funcionários por categoria, requerido para atender, directa ou indirectamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela”. Mas, não basta adequar os rácios enfermeiro/doente ou atender às competências legisladas na carreira de enfermagem para se concluir se o enfermeiro é influenciado por alguns factores, na sua prática diária. Estudos revelam que, existe a influência de outros factores na arte de bem cuidar do doente, por parte destes profissionais de saúde. Num estudo realizado por Fernandes (2007), foram abordados os factores que influenciavam a percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros, num Serviço de Oncologia, com uma amostra de 97 enfermeiros e destacou em forma de conclusão, um fulcral aspecto: um melhor bem-estar psicológico está associado a um maior investimento no cuidar, evidenciando-se a dimensão crescimento pessoal e relações positivas. Este estudo indicou ainda que, são os enfermeiros com menos tempo de serviço, os que se encontram mais satisfeitos com a organização onde se enquadram e os que mais valorizam a componente do cuidar. Carmo (2007) realiza um outro estudo que visou relacionar a motivação profissional dos enfermeiros com a qualidade de cuidados percebida e a satisfação dos utentes num específico SU. De forma directa e indirecta aplicou questionários devidamente normalizados a amostras, quer de enfermeiros, quer de utilizadores do serviço em causa e, curiosamente as conclusões que retirou foram: que a motivação profissional dos enfermeiros não tem influência na percepção da qualidade dos cuidados nem na satisfação dos utentes e que a estrutura hospitalar não influencia a motivação e a satisfação profissional dos enfermeiros. Contudo, também acrescenta que as características do trabalho e as variáveis individuais dos enfermeiros são os factores que mais interferem com a motivação profissional dos mesmos.

Os autores Loureiro, Ferreira e Duarte (2008) concluíram que, através de um estudo de enfermeiros que visava analisar a liderança em enfermagem relacionada com a satisfação profissional, na amostra considerada, 80% estava satisfeito com a supervisão e que os factores de insatisfação profissional eram focados na remuneração, na organização da instituição e na perspectiva de promoção. Já Queirós (2005, p.3) acrescenta que “Não é pela pressão ser elevada ou por sentirem diminuição da autonomia e desconforto físico que os enfermeiros deixam de ser eficazes. Deixam-no quando não estão envolvidos, quando não há coesão de grupo e há confusão de papéis e orientações” mas mais adiante também conclui que “...podemos aceitar a hipótese geral formulada de que o clima organizacional relaciona-se com o burnout”. A autora Teixeira (2005, p.52) refere: “...sempre acreditei que qualquer um de nós, funcionários, seríamos deveras mais dinâmicos, criativos, eficientes e produtivos se o nosso local de trabalho nos oferecesse prazer e satisfação”.

Perante esta panóplia de estudos, resultados e opiniões, pouco consensual, sobre os factores que poderão motivar ou influenciar a prática dos enfermeiros, é difícil definir objectivamente quais são os que influenciam os cuidados no utente. Salienta-se em forma de conclusão, um estudo desenvolvido por Rosa e Oliveira (2004, p.28) cujo objectivo era estudar as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, que destaca “...de uma maneira geral, os enfermeiros gostam do que fazem, mas muitos estão insatisfeitos com as condições de trabalho, não se reflectindo esta situação na qualidade dos serviços prestados, que consideram, no geral, boa ou mesmo muito boa (83% de respostas), nem na percepção que têm da satisfação dos utentes (79% considera ser boa ou muito boa) ”. Este mesmo estudo destaca ainda como dimensões das condições de trabalho com percepção de impacto mais positivo: o desenvolvimento profissional, as relações de trabalho, o conteúdo do trabalho e a organização do mesmo. Como dimensões das condições de trabalho com percepção de impacto mais negativa

salienta: as situações de mudança/instabilidade, a carga de trabalho, as práticas de gestão, as condições de saúde/higiene/segurança no trabalho e as condições materiais de trabalho. O que se sente acerca de uma determinada doença, o que se pensa acerca dela, influência o comportamento quer do utente, quer do enfermeiro perante a patologia e "...a própria atitude dos profissionais vai influenciar a postura dos doentes face à doença". (Fernandes, 2007, p.26)

#### Ambiente das práticas de cuidados

Sendo a qualidade um conceito essencial na prestação de cuidados de saúde, surgiu a necessidade de diversas entidades formularem documentos que fomentassem a qualidade nos serviços públicos. Também a nível dos hospitais, redigiram-se as normas e critérios de actuação para os enfermeiros, com vista à melhoria da qualidade de prestação de cuidados. Poderá no entanto ter sido insuficiente uma vez que o controlo da qualidade inicia-se na prática clínica, nos cuidados que são prestados ao utente, sendo para isto fundamental existir uma gestão apropriada que reconheça a importância do desenvolvimento da qualidade e esteja sensível à motivação e empenho da enfermagem (Bernardo, 2000).

Falar em avaliação de resultados e da sua qualidade, sem abordar a questão da motivação e empenho profissional dos enfermeiros nas suas práticas, seria redutor, pois estudos comprovam que existe ligação entre estes factores e a qualidade dos resultados finais, facto anteriormente reforçado. Salienta-se assim, a opinião de Fasoli (2008, p.57) que afirma "...uma premissa subjacente da prática profissional de enfermagem é que quando a enfermeira tem plenos poderes na prática de enfermagem de forma autónoma e com responsabilidade e controlo, os pacientes recebem cuidados com melhor qualidade e os

enfermeiros atingem níveis mais elevados de satisfação no trabalho”. Todo este contexto remete-nos para a abordagem da satisfação profissional dos enfermeiros que está intimamente relacionada com o ambiente onde se realizam as suas práticas. Gomes (2010, p.70) refere que “...os trabalhadores do domínio da saúde constituem classicamente um grupo de elevado risco ao stress, pela complexidade dos factores ambientais e psicossociais intrínsecos ao seu trabalho, sendo os profissionais de enfermagem os mais expostos”. McIntyre (1994) citado por Silva e Gomes (2009) indica ainda que os profissionais de saúde desenvolvem uma actividade de alto risco a nível de stress e que não são muito frequentes os estudos portugueses que analisam o ambiente onde estes profissionais desempenham as suas práticas. Nesta linha de pensamento urge abordar o conceito de ambiente de trabalho. Pacheco (2007, p.34) diz que “...clima de trabalho é o resultado daquilo que a maioria dos empregados vêem como os costumes típicos, práticas e procedimentos”. Segundo Baumann (2007, p.5) “...ambientes de trabalho pouco saudáveis, enfraquecem o desempenho ou contribuem para o alheamento dos enfermeiros e, com demasiada frequência, os afastam de ambientes de trabalho específicos ou da própria profissão”. Um bom ambiente de prática promove assim bons resultados no doente, pois as necessidades e objectivos dos enfermeiros são cumpridos, é reconhecida a formação do enfermeiro, incentivada a criatividade e a inovação. Inversa é a situação decorrente da falta de recursos, onde surge um conflito entre a responsabilidade profissional dos enfermeiros e a prestação de cuidados adequados aos doentes (Baumann, 2007). O próprio cuidado holístico ao doente pode ficar comprometido aquando as intensas cargas laborais, o que diminui intensamente a motivação profissional, traduzindo-se em déficits de resultados em saúde (Baumann, 2001). Num outro prisma, o trabalho por turnos causa alterações do padrão do sono, complicações gastro-intestinais, aumento

da incidência de patologias cardíacas e alterações psicológicas que afectam directamente a qualidade de vida dos enfermeiros e indirectamente a qualidade dos cuidados prestados (Cruz, 1999). Existem estudos que abordam alguns aspectos fulcrais que interferem consideravelmente no ambiente das práticas, sendo eles, as relações interprofissionais, o stress profissional, a autonomia, sistema de recompensa, acompanhamento nas tarefas por alguém experiente e papéis muito mal definidos. Maslach (1978) citado por Pacheco e Jesus (2007) concluiu que quanto melhores forem as relações entre os trabalhadores, mais profissionais se tornam e mais sucesso no trabalho sentem. Por sua vez, acrescentaram ainda que, os dois mais significativos factores causais de burnout são a pressão do trabalho, a falta de apoio e supervisão na equipa. Apesar de alguns autores indicarem o fenómeno de burnout como sendo interno no trabalhador, Maslach (1978) citado por Pacheco e Jesus (2007, p.35) indica-o como "...uma condição física, emocional e de exaustão mental como resultado de uma tensão emocional crónica, e que é um problema relacionado com o trabalho". Acrescenta ainda que, quando no local de trabalho o valor humano não é reconhecido nos trabalhadores, o burnout não é um problema da pessoa em si mas sim do ambiente social em que as pessoas trabalham. Relativamente à recompensa monetária, salienta-se um estudo realizado por Zurn, et al. (2005) citado por Baumann (2007) no Reino Unido, no SNS de Londres, onde foram pedidas sugestões aos profissionais de saúde para melhorar os seus ambientes de trabalho, como respostas surgiram respectivamente, mais recursos humanos, melhores instalações e melhores remunerações.

No que diz respeito à relação entre o tipo de gestão e o empenhamento dos seus trabalhadores, um estudo realizado por Frederico (2005) refere que não existem diferenças significativas a nível do empenhamento organizacional dos enfermeiros

consoante os diferentes tipos de modelos de gestão dos serviços, contudo concluí-se que maior empenhamento dos enfermeiros, aumenta a motivação e índices de produtividade e que o suporte organizacional constitui um factor decisivo no envolvimento destes profissionais com as suas práticas. Esta mesma autora concluiu que, aumentar a satisfação dos profissionais é apostar no seu empenhamento e conseqüentemente semear bons resultados nas práticas em cuidados. Sugere mesmo que, os hospitais "...desenvolvam técnicas que mostrem uma imagem sustentada da organização, desenvolvam uma cultura do local de trabalho e um sentido positivo da organização". (Frederico, 2005, p.61)

A motivação afecta o desempenho, ainda que este dependa também da infra-estrutura: ambientes organizacionais (Baumann, 2007).

Para finalizar, surge a necessidade de abordar as dotações de enfermeiros nos serviços de saúde. Considerando opiniões válidas de Aiken, et al. (2002, p.1987) quando referem que "...em hospitais com elevados rácios paciente - enfermeiro, os pacientes cirúrgicos experienciam maior risco de mortalidade ajustada a 30 dias". Estes mesmos autores acrescentam que estados de exaustão emocional e níveis de insatisfação profissional estão relacionados com rácios desajustados de enfermeiro - doente. No contexto económico actual onde a dotação de recursos é adaptada à capacidade financeira da instituição de saúde, é premente ter em consideração a definição de dotações seguras, emanada pela Federação Americana de Professores (1995) e citada por Baumann (2007, p.22), como sendo "...uma quantidade apropriada de pessoal, com uma combinação adequada de níveis de aptidões (...), disponível a todas as alturas para assegurar a satisfação das necessidades de cuidados dos doentes e a manutenção de condições de trabalho isentas de riscos".

Em suma, pode dizer-se que quando os enfermeiros não têm as condições ideais para prestar cuidados de qualidade aos seus utentes, surge com mais facilidade descontentamento profissional, burnout e sentimento de querer deixar a profissão (Garrido, 2007). Este mesmo autor (Garrido, 2007, p.44), citando Edgar (2003) acrescenta ainda que “...uma organização só pode alcançar as suas metas económicas, se alargar essa perspectiva ao seio de toda a organização, se motivar os profissionais e afectar os recursos necessários para realizar efectivamente o trabalho”.





## Capítulo 2 – Indicadores de qualidade e efectividade dos cuidados de enfermagem

### 2.1 – Indicadores de qualidade

Para existir melhoria de um serviço de saúde deve haver indiscutivelmente avaliação da sua qualidade e, para isso, a utilização da informação produzida deve ser uma etapa essencial de modo a criar indicadores que sustentem a acção. Surge assim o conceito de indicador, como algo que traduz em que situação de saúde se encontra um determinado contexto (Pereira, 2009).

Todavia, a definição de indicadores no âmbito da qualidade não é tarefa recente. Um dos pioneiros na temática, como atrás foi referenciado, foi Donabedian (1980) indicando que, para avaliar a qualidade de cuidados é necessário analisar os três tipos de indicadores: estrutura, processo e resultados. Já Vuori (1988) posteriormente definiu na sua perspectiva que, os indicadores de estrutura (registos, protocolos e normas), os indicadores de processo (técnicas aplicadas, tipologia de doentes, etc.) e indicadores de resultados (consequências, benefícios finais obtidos devido à prestação de cuidados), deveriam ser tidos em conta para analisar a qualidade de toda a cadeia de prestação de cuidados. Mais tarde, Madeira (1995) reforçou que os indicadores serviam assim para avaliar o desempenho das prestações, recursos e técnicas usadas para obter um determinado fim.

No que se refere à tríade da qualidade definida por Donabedian (1980), Xavier (1999, p.81) refere que os indicadores de resultado são “...medidas que traduzem as modificações do estado de saúde do doente, resultantes dos cuidados propiciados por um

determinado serviço...”, ficando aqui claramente premente a necessidade de medir os resultados que advêm da prática de cuidados, para analisar a evolução do estado de saúde do utente. Na mesma linha de pensamento, Florentim e Franco (2006, p.18) reforçam que ultimamente os indicadores de resultado têm merecido mais atenção uma vez que “...são os elementos mais importantes na avaliação da garantia e controlo de qualidade dos cuidados de saúde”. Os mesmos autores indicam ainda, a ideia de que englobados neste tipo de indicador estão múltiplos aspectos que deverão ser levados em conta, nomeadamente na perspectiva do doente (satisfação/expectativas), na perspectiva da família (carga emocional, encargo financeiro) e dos profissionais de saúde que intervêm (satisfação e efectividade). Neste enredo, medir qualidade atendendo a indicadores de resultados únicos, bem definidos e aplicáveis, é tarefa árdua, mas necessária para evoluir na avaliação da qualidade em saúde.

O Alto Comissariado da Saúde (2010) ao definir a versão provisória do Plano Nacional da Saúde para 2011-2016 estabeleceu como Indicadores de Potenciais Ganhos em Saúde os seguintes factores: mortalidade (número de anos de vida potenciais perdidos), morbilidade (taxa de internamento por 100000 habitantes), incapacidade (anos de trabalho perdidos por reforma por invalidez, número médio de dias com subsidio de doença), satisfação (auto-percepção do estado de saúde), resposta do sistema de saúde (% utentes sem médico de família, % utentes inscritos que não tiveram consulta com o médico de família nos últimos três anos e tempo de espera) e sustentabilidade, cujos indicadores em Agosto de 2010, não estavam definidos.

Neste contexto, segundo a definição de indicadores de resultados, não só a satisfação fica reduzida à auto-percepção da saúde, como a vertente do profissional (membro directamente interferente na cadeia de prestação de cuidados) não é muito valorizada.

Rua (2009, p.246) indica que “...aguarda ansiosamente a disponibilidade dos indicadores inteligentes, de ganhos em saúde de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, prometidos pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)...”, onde realça a urgência em existir indicadores consolidados, definidos pelas estratégias governamentais da saúde nacional, para avaliar bem os resultados em saúde.

O próprio documento emitido em Agosto de 2010, pelo Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, onde indica a lista de indicadores de resultados para cálculos de ganhos em saúde, ainda contém bastantes reservas quanto ao modo como esses indicadores são analisados e a dependência de outras entidades, na obtenção de dados. Não podemos deixar de considerar aqui a opinião de Kemp e Richardson (1995) que indicam o resultado, como a medida mais útil de todas as medidas pois é o único que indica se os cuidados prestados foram eficazes no estado de doença do utente.

No entanto, não basta apenas ter indicadores bem definidos, é necessário também comprovar as práticas de enfermagem em informação, e neste contexto Pereira (2009, p.54) reforça que “...existe ainda uma manifesta carência de informação válida e em larga escala, relativa ao exercício profissional dos enfermeiros”.

## 2.2. – Efectividade dos cuidados de enfermagem

Actualmente, falar em efectividade passou a ser uma exigência em todas as profissões que queiram comprovar a sua pertinência.

Kemp e Richardson (1995) indicam que se torna necessário mensurar os resultados dos cuidados de enfermagem para garantir não só a satisfação do utente mas também a satisfação profissional do enfermeiro. Já Hesbeen (1997, p.48), refere que “Por mais

essencial que seja, a sua acção é pouco visível e dá aos cuidados de enfermagem apenas um resultado muito pouco palpável”. Segundo Amaral (2010, p.97) “...torna-se necessário clarificar quais as intervenções que produzem maiores ganhos na saúde das populações...” daí que, medir os resultados das práticas de enfermagem surge como uma prioridade desta profissão. Os enfermeiros têm pouca evidência comprovada que demonstrem a sua diferença nos cuidados aos doentes, daí que tem aumentado a preocupação em explorar esta lacuna (Doran, et al., 2003). Em suma, urge demonstrar o valor dos cuidados de enfermagem, junto do utente, no seio da comunidade e consequentemente demonstrar a sua genuinidade.

Anteriormente foi reforçada a ideia de que a medição de resultados seria complexa, não só pela inter-relação com outras profissões na prestação de cuidados mas também, pela panóplia de factores que a influênciam. Os autores Kemp e Richardson (1995, p.83) reforçam a ideia de que “...não é fácil identificar resultados que sejam fruto apenas da enfermagem...”. Separar correctamente os actos de enfermagem, os factores que interferem na sua prestação, dos outros profissionais que actuam em paralelo no cuidar, não será portanto, tarefa fácil. Facilitador deste processo será o facto das instituições possuírem normas definidas que balizem a prestação dos profissionais de saúde.

Sale (2000, p.54) identifica ‘normas’ como “...definições válidas e aceitáveis da qualidade dos cuidados. Elas não têm valor a menos que contenham critérios que permitam que os cuidados possam ser medidos e avaliados em termos de efectividade e qualidade”. A autora diz ainda que, os critérios de resultados traduzem-se se as normas foram atingidas ou não, mesmo transparecendo o estado de saúde do utente. Daí a necessidade de formular os indicadores de resultado de forma objectiva e mensurável, pois só assim é que eles irão permitir concluir se as normas estão a ser levadas em conta. Reforça ainda, a ideia de

que se os resultados não forem os melhores e não estejam a ser alcançados, devem ser corrigidos imediatamente e não descurados (Sale, 2000).

O artigo de Lang e Marek (1988) destaca a importância do consenso na definição das variáveis pelos enfermeiros, para que assim a relação entre os resultados do processo e estrutura fique não só mais clara mas também, mais fácil de ser estudada. Os mesmos autores realçam igualmente o facto de que já Florence tinha tentado medir os resultados das práticas de enfermagem, contudo os tempos vão evoluindo e os resultados observáveis não são visíveis.

Neste prisma, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) veio colmatar uma lacuna existente, uniformizando a linguagem utilizada nos registos de enfermagem, contribuindo assim para um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem. Ela não só realça os fenómenos de enfermagem, as acções de enfermagem mas também os resultados sensíveis aos próprios cuidados de enfermagem. Facilitou não só o processo de comunicação e investigação nesta classe, como deu visibilidade à sua actuação e permitiu ter dados disponíveis para medir resultados das práticas. Estes mesmos resultados têm sido cada vez mais valorizados pelos gestores dos serviços, que apoiam as suas decisões nos dados revelados por este sistema de informação (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002).

Se o registo de todo o processo de enfermagem prestado, não for efectuado, não se produzem indicadores de avaliação da qualidade. Isto traduz não só uma não visibilidade à sociedade da actuação da classe profissional em causa, como dificilmente transparece o processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2009).

Uma linguagem uniformizada tem a finalidade de não só facilitar a comunicação entre profissionais e utente, como permitir a avaliação e a melhoria da prestação de cuidados

de enfermagem, melhorando o processo de conhecimento na ciência (Johnson, et al., 2005). Estes autores, na obra em causa, interligam os diagnósticos estipulados pela *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, as intervenções da *Nursing Interventions Classification (NIC)* e os resultados da *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, com vista a facilitar na prática, a utilização destas linguagens. Estas três referências, desde 1970 que se debruçam sobre a necessidade de uniformizar uma linguagem única de modo a facilitar a tomada de decisão dos profissionais. Possivelmente, se a linguagem utilizada pelos profissionais fosse universal, analisar os resultados dos próprios cuidados poderia ser tarefa facilitada.

Em 2001, a OE publica os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem enaltecendo a qualidade dos cuidados de enfermagem em todas as suas vertentes, reforçando a necessidade de estar desperto para os resultados das práticas, com vista à melhoria constante da sua qualidade. O objectivo da publicação destes enunciados seria identificar com rigor o papel do enfermeiro junto do cidadão, focando paralelamente o facto de o enfermeiro ser responsável pela sua constante actualização, com base nos resultados empíricos da investigação. Nesta perspectiva, seria necessário que as instituições tivessem dados concretos sobre as suas práticas para que a análise destes, fosse possível. O próprio Relatório de Primavera de 2010, elaborado pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), volta a destacar a importância desta informação e reforça que efectivamente estes dados hospitalares, não só são escassos, como rodeados de uma má consistência jurídica. Acrescenta ainda, que não existem evidências que comprovem a existência de avaliações nas instituições de saúde, o que poderá agravar a complexidade da avaliação dos seus resultados (Ferreira e Escoval, 2010).

A informação disponível pelas instituições deve ser canalizada para dados informáticos fiáveis que permitam analisar bem e decidir com base nas evidências (Pereira, 2009). Princípios como a resposta (as instituições devem dar resposta às necessidades dos utentes a quem elas recorrem), a efectividade (devem as instituições produzir resultados de modo a evidenciar a eficiência na utilização dos seus recursos) e a transparência (os dados das instituições devem estar disponíveis de forma facilitada para quem os pretender consultar), são referidos como essenciais para uma boa governação nas organizações (Ferreira e Raposo, 2006).

Nesta linha de pensamento, é urgente repensar as políticas nacionais de saúde com vista a aplicar alguns destes princípios, para que medir qualidade a nível nacional seja um processo menos complexo e por consequência, viável.

Contudo, não basta possuir informação, é necessário ter indicadores definidos que a utilizem, de forma a obter resultados quantitativos. Urge assim como desafio actual fazer um melhor aproveitamento da informação e geri-la adequadamente, para sustentar a tomada de decisão (Pereira, 2009). Introduzir qualidade não é tarefa fácil pois afecta o desempenho de cada profissional e analisa o êxito final da mudança.

Pedir aos enfermeiros para olhar para as suas práticas de forma crítica de modo a introduzir melhoria, melhor terminologia e novos procedimentos, pode traduzir na prática alguma resistência e impedimento no ciclo de qualidade, contudo estas tarefas são bens necessários, quer para os serviços, quer para os profissionais, chefias, gestores e sobretudo para o doente (Kemp e Richardson, 1995).





### Capítulo 3 – A Cognição, as respostas fisiológicas e o auto-cuidado como resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem

Devido à complexidade de factores que envolve a análise da qualidade de saúde a nível mundial, urge cada vez mais reflectir sobre o conceito de resultados sensíveis às práticas de enfermagem, para analisar de que forma as intervenções desta profissão podem ou não interferir nos resultados de saúde do utente.

A escassa informação objectiva sobre resultados sensíveis às práticas de enfermagem deve-se à falta de análise de situações que espelhem com facilidade quais os cuidados de enfermagem que directamente foram efectuados e de que forma estes contribuíram para a evolução do estado de saúde do utente (ANA, 1996).

Num estudo de Doran, et al. (2006) foi abordado de que forma as intervenções de enfermagem estão associadas aos resultados em saúde nos doentes internados, analisando dois modelos que têm sido defendidos nesta temática. Um modelo que identifica cinco categorias de resultados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem: demonstração de saúde, promoção de comportamentos, percepção de ser bem cuidado, a realização de auto-cuidado adequado e gestão de sintomas, designado por *The Quality Health Outcomes Model*. O outro modelo foi proposto por Irvine, et al. (1998) citado igualmente por Doran, et al. (2006) e que identificou como resultados sensíveis às práticas de enfermagem: o estado funcional, o auto-cuidado, o controlo dos sintomas, a segurança ou a falta de efeitos adversos, a satisfação com os cuidados e o custo. Os resultados deste estudo, permitiram concluir que existem características do doente que interferem igualmente na evolução do estado funcional do doente internado, nomeadamente a idade

(tendo esta um efeito directo ou seja mais idade proporciona maior dependência funcional) e que um mau resultado do estado funcional na alta pode reflectir uma necessidade contínua de intervenção de enfermagem (não tendo avaliado essa continuidade). Indicou ainda que existem intervenções de enfermagem que, não sendo documentadas, foram perdidas para o estudo, e por fim destacou que uma das maiores dificuldades que os autores encontraram foi medir a dose de intervenção de enfermagem, visto que o registo era efectuado em “presente” ou “ausente” no doente, não espelhando a intensidade da própria intervenção (Doran, et al., 2006). Reflectir sobre resultados sensíveis às práticas de enfermagem, é analisar quais os resultados no estado de saúde do doente que se modificam de acordo com os cuidados de enfermagem prestados (Doran, et al., 2006).

A OE (2007, p.9) referiu que “...as intervenções de enfermagem contribuem para a melhoria de resultados da saúde funcional dos clientes e sua qualidade de vida em aspectos físicos, psico-sociais e cognitivos, papel desempenhado, mobilidade, controlo e autonomia”. Acrescenta ainda que, as intervenções de enfermagem conseguem diminuir o risco de aquisição de úlceras de pressão, infecções e outras alterações devido à imobilidade ou ao desequilíbrio (psíquico, fisiológico, afectivo e social), influenciam os resultados clínicos no doente, nomeadamente no controlo dos sintomas e que, através dos ensinamentos de enfermagem consegue-se que o utente faça uma melhor gestão do seu problema de saúde no sentido de proporcionar comportamentos saudáveis (OE, 2007). Contudo, as intervenções de enfermagem devem ser registadas para que possam ser associadas a uma evolução do estado de saúde de um doente combatendo a conclusão de Doran, et al. (2006, p.62) que “...pesquisadores não são capazes de demonstrar que um determinado resultado foi produzido por uma particular intervenção”.

### 3.1 – As capacidades cognitivas como resultado sensível aos cuidados de enfermagem

A hospitalização de um doente altera a sua forma de vida habitual de tal forma que poderá potenciar alterações no seu estado cognitivo. Segundo a CIPE (1996, p.156) cognição é “...um fenómeno de enfermagem que pertence às atitudes psicológicas com as seguintes características específicas: capacidades de reter e abandonar acções tendo em conta o conhecimento da pessoa. Engloba-se aqui o pensamento e a percepção”. Knight (2000) citado por Doran, et al. (2011) refere que o estado funcional deve incluir a cognição, o comportamento e a dimensão psicológica. A componente cognitiva deverá incluir a atenção, a concentração, a memória e a resolução de problemas. Teixeira, et al. (2005) defendem que, quando as capacidades cognitivas do doente estão comprometidas, as suas respostas fisiológicas aos acontecimentos diários na sua vida, podem ficar alteradas. Neste prisma, não se deve dissociar a análise do estado funcional do doente, do seu estado cognitivo nesse mesmo momento.

Contudo, o estado cognitivo de um doente hospitalizado condiciona os cuidados de enfermagem, de modo a ser um predictor mais consistente das intervenções dos enfermeiros, do que por exemplo, a própria idade do doente (Doran, et al., 2006). Estes autores referem que o estado depressivo é um dos factores que mais interfere no declínio do estado funcional do doente internado e que perante este tipo de alteração cognitiva, as intervenções de enfermagem tendem a focalizar com menos intensidade os ensinamentos e a promoção do exercício. Acrescentam ainda que o estado cognitivo altera as intervenções de enfermagem no que se refere aos posicionamentos, reforçando que os doentes cognitivamente bem conseguem expressar melhor os seus desconfortos e apelar

ao reposicionamento, face aos que possuem as suas capacidades cognitivas alteradas (Doran, et al., 2006).

### 3.2 – Respostas fisiológicas na doença aguda

Quando o utente se confronta com uma doença aguda, surgem determinadas respostas fisiológicas, que poderão colocar em causa a recuperação do seu pleno estado funcional e cognitivo. Nesse sentido, focam-se de seguida algumas dessas alterações, de modo a enaltecer a importância que deverá ser dada ao utente, durante o internamento, no sentido de minimizar as sequelas da sua hospitalização.

#### Estado funcional

A enfermagem deve considerar significativamente o estado funcional do utente como um resultado das suas práticas de cuidados, pois os estudos de enfermagem indicam que o estado funcional dos utentes, medido pelas actividades de vida diária (AVDs), é sensível aos cuidados de enfermagem (Doran, et al., 2003). Um estudo apresentado por Doran, et al. (2006, p.400) reforça que “...os resultados demonstram que as intervenções de enfermagem estão relacionadas com a evolução do estado funcional dos pacientes em ambientes de cuidados”.

O conceito de estado funcional surge em 1988, embora tenha sido difundida com maior ênfase por Knight (2000), que o caracteriza como qualquer tentativa de mensurar o nível em que uma pessoa funciona nas diversas áreas de actividade (física, intelectual, social, perante o mundo). Ainda em 2000, o próprio Knight citado por Doran, et al. (2011) reforça que, estado funcional é a capacidade que uma pessoa tem de realizar as suas

AVDs tais como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, etc. Neste prisma, estudos internacionais referem que em 85% o estado funcional dos doentes é um resultado sensível às práticas de enfermagem (Van den Heede, et al., 2007, citado por Doran, et al., 2011). Um estudo realizado por Sousa, et al. (2002), indicou que o internamento de um utente causa uma grande descida do índice de AVD, com alterações que vão desde as bioquímicas até às músculo esqueléticas e que, quanto maior a duração do internamento maiores serão essas alterações (Sousa, et al., 2002).

A hospitalização de um doente crónico pode não causar muita ansiedade, pois os processos que decorrem desde a admissão não são totalmente desconhecidos, contudo poderão ser geradores de stress no doente agudo, pois surge com facilidade o sentimento de insegurança, inserido num ambiente hostil e desconhecido. Ocorre neste, uma ruptura abrupta dos hábitos de vida, uma perda de independência, uma diminuição da privacidade, uma entrada forçada num mundo recheado de novas dinâmicas, de profissionais embrenhados nas suas tarefas, detentores de informação específica, podendo esta panóplia de modificações gerar a agudização da sintomatologia que originou a admissão (Serra, 2005).

Carapinheiro (1998) citado por Serra (2005, p.53) acrescenta que “Ao longo do internamento os doentes desenvolvem comportamentos que traduzem estratégias de sobrevivência individual, que permitem aumentar o seu grau de adaptação, e diminuir sentimentos de estranheza, medo e de ansiedade”. Neste sentido, segundo Serra (2005) surgem facilmente alterações orgânicas decorrentes da hospitalização, como sendo o aumento do sedentarismo, aumento da imobilidade do doente, como consequência das condições que lhe são impostas (horário de visitas restrito, horário de funcionamento de televisão/sala de convívio condicionado, indicação para repouso em determinadas

patologias, efeitos secundários de fármacos que aumentam a sonolência) e que o convidam a um descanso mais prolongado e menos habitual. Se fica comprovado que todas estas alterações surgem durante o internamento, surge a necessidade do enfermeiro, como profissional empenhado no alcance de bons resultados em saúde, prevenir que elas ocorram desde o momento de admissão do doente.

#### Estado de continência

O controlo da eliminação, nomeadamente da eliminação urinária é um dos aspectos que se altera ao longo do envelhecimento. O controlo da eliminação urinária vulgarmente relacionada com incontinência urinária é uma condição na qual a perda involuntária de urina constitui um problema pessoal, social e económico. Num artigo elaborado por Santos (1999) é indicado que os idosos que vivem em suas casas mostram uma prevalência de incontinência urinária de 14% a 18%, o que contrasta com a taxa de 45% de prevalência da mesma doença em idosos institucionalizados. O mesmo autor cita ainda o estudo de Vellas (n.d.) onde se demonstrou que 31% dos idosos incontinentes são independentes na mobilidade, 42% são auxiliados na locomoção e 84% são dependentes na marcha. Comprova-se portanto que existe uma forte correlação entre o grau de independência e a incontinência urinária (Santos, 1999).

No artigo de Fernandes (2009) é referido que a infecção do tracto urinário é uma das infecções nosocomiais mais comuns com cerca de 40% de incidência. A autora indica que existem factores relacionados com esta infecção do ponto de vista nosocomial, como por exemplo a idade avançada, o género (com maior prevalência para o feminino), o estado debilitado, o internamento prolongado e a presença de cateter vesical. O estudo concluiu que 70% das infecções urinárias que surgiram durante o internamento eram em utentes

com cateter vesical e que o tempo médio de internamento aumentou nos utentes que adquiriram uma infecção urinária ao longo da sua estadia no hospital (Fernandes, 2009). O internamento pode provocar o aparecimento de infecções nosocomiais, onde a infecção urinária se distingue como das mais comuns, proporcionada por comportamentos de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros (Doran, et al., 2011). Sendo a incidência de infecção nosocomial um dos indicadores de qualidade em saúde, os comportamentos devem ser modificados de forma a evidenciar melhoria, pois segundo ANA, et al. (2000) citado por Doran, et al. (2011), existem estudos recentes que detectaram uma relação entre a enfermagem e as infecções nosocomiais.

#### Estado da pele *versus* úlceras de pressão

Cuidar da pele do utente internado e debilitado é uma competência de enfermagem. O aparecimento das úlceras de pressão poderá ser analisado sob o ponto de vista de avaliação de desempenho dos enfermeiros. Rocha, Miranda e Andrade (2006. p.30) definem úlceras de pressão como "...áreas localizadas de isquémia e necrose tecidual, que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa". Segundo a CIPE (2010) referenciada pela OE (2010), úlcera de pressão é um dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada. Pela OE (2001) compete aos enfermeiros, identificar potenciais problemas de saúde, implementando medidas que os previnam. Contextualizando assim, o conceito de úlcera de pressão, é crucial compreender de que forma todas estas alterações poderão explicar a qualidade de cuidados de enfermagem.



Habitualmente associa-se às úlceras de pressão o aumento dos custos da hospitalização, pelo acréscimo em cerca de 50% das horas de trabalho de enfermagem, pelo aumento da mortalidade por sépsis, o que faz com que mereçam uma especial atenção (ANA, 1996 citado por Doran, et al., 2011). A existência de úlceras de pressão no utente hospitalizado traz repercussões não só ao nível de custos em saúde como em maior tempo de internamento (cinco vezes mais), elevada taxa de recidiva (cerca de 36%), aumentando também o seu risco de morte (quatro a cinco vezes mais) comparativamente ao utente com a mesma patologia mas sem úlcera de pressão (Rocha, Miranda e Andrade, 2006). As orientações actuais sobre vigilância e cuidado da pele indicam que pelo menos uma vez por dia a pele deve ser inspeccionada, limpa, hidratada e aliviada de pressão através dos posicionamentos. A enfermagem possui competência técnica e conhecimento científico para ter nesta área um papel preponderante, na implementação de planos de cuidados adequados e na intervenção eficaz, de forma a diminuir os impactos negativos das lesões da pele, citados anteriormente (Doran, et al., 2003).

Avaliar o estado da pele no momento da admissão e posteriormente na alta, permite obter resultados mensuráveis das práticas de enfermagem. Reflectir sobre esses mesmos resultados, exige identificar causas e sugestões de melhoria para o futuro dos cuidados de enfermagem. Contudo, estudos indicam que baixas taxas de úlceras de pressão estão relacionadas com um ajustado rácio de enfermeiro/utente (Doran, et al., 2003).

#### As quedas no utente institucionalizado

A queda segundo Agostini, et al. (2001) citado por Doran, et al. (2011) define-se como um estado intencional de se colocar no chão, no seu nível ou abaixo deste, sem ser provocado por uma síncope ou uma força externa.

O enfermeiro pelas suas competências profissionais deverá evitar a queda do doente institucionalizado, aplicando medidas preventivas e realizando uma avaliação de risco de queda desde a fase de admissão. Não o realizando, espelha uma baixa qualidade dos cuidados, podendo traduzir-se num acto de negligência profissional (Almeida, Abreu e Mendes, 2010). Oliver, et al. (2004) citado por Almeida, Abreu e Mendes (2010, p.169) referem mesmo que "...a queda do doente em meio hospitalar pode, também, ser um foco gerador de ansiedade e sentimento de culpa entre os cuidadores. Este facto pode ser exacerbado pelo surgimento de queixas ou processos dos familiares dos doentes, induzidos pelo sentimento de que alguma coisa deveria ter sido feita para evitar a queda". Nesta linha de pensamento os autores Almeida, Abreu e Mendes (2010, p.164) ainda acrescentam que "A tendência de perceber a queda como uma 'falta' dos enfermeiros e não como um indicador multifactorial da qualidade dos cuidados, leva a que estas sejam um fenómeno subavaliado e subvalorizado".

A informação em Portugal sobre a incidência de quedas a nível hospitalar é escassa, apesar de, nos últimos anos ter aumentado o esforço para o seu registo (Caldevilla e Costa, 2009; Almeida, Abreu e Mendes, 2010). Contudo, nos vários estudos existentes sobre esta matéria, é unânime a opinião de que uma queda resulta de múltiplos factores inerentes à condição física e clínica do doente, associados ao ambiente em que este se encontra inserido (Almeida, Abreu e Mendes, 2010).

A OMS (2007, p.3) indica que os idosos são uma faixa etária mais susceptível a quedas devido "...a alterações físicas, sensoriais e cognitivas associadas ao envelhecimento em combinação com ambientes que não estão adaptados para o envelhecimento da população". Acrescenta ainda que, devido a baixa mobilidade, alterações de visão ou aos efeitos colaterais da medicação, os idosos são os que mais devem ser protegidos deste

fenómeno que surge a nível mundial como a segunda causa de morte. Hendrich, et al. (2003) citado por Almeida, Abreu e Mendes (2010) referem que serão as perturbações causadas por fármacos, a idade avançada, o tempo prolongado de internamento, a cognição e a eliminação (incontinência urinária), os principais factores que causam a queda no utente hospitalizado. Os enfermeiros são assim, por excelência, os profissionais que conseguem promover a segurança do utente, avaliando os seus factores de risco e implementando medidas que evitem a queda (Almeida, Abreu e Mendes, 2010).

Estudos indicam que cerca de 30% das quedas em hospitais causam sequelas psicológicas, ampliam o tempo de internamento, aumentam os custos económicos, interferem com o reconhecimento social e valorização dos profissionais de saúde alterando consequentemente a imagem social das instituições de saúde (Nakai, Akeda e Kawabata, 2006).

A avaliação do risco de queda do utente hospitalizado deve constituir um desafio de enfermagem, de modo a traduzir uma efectiva melhoria da qualidade dos cuidados. Visto que o risco de queda do doente prevalentemente idoso no meio hospitalar é mais elevado do que no seu habitat normal (Almeida, Abreu e Mendes, 2010), cabe à equipa de prestadores de cuidados, por excelência os enfermeiros, implementar medidas que o avaliem de forma a introduzir nas suas práticas medidas preventivas da queda, que contribuam para a exacerbação da qualidade de cuidados em saúde, minimizando o número de quedas (Doran, et al., 2011).

### 3.3. – Capacidade de auto-cuidado do utente

Ao longo do ciclo de vida a pessoa tende e aspira a tornar-se independente dos outros, nomeadamente naquilo que são as tarefas para cuidar de si próprio (Orem, 1995).

Cuidar de si próprio, implica no indivíduo um determinado grau de autonomia que no entanto pode sofrer variavelmente algumas oscilações ao longo da vida. Nestas alturas poderá ser necessário a intervenção do auto-cuidado terapêutico, onde vários profissionais de saúde intervêm de modo a substituir temporariamente a capacidade de auto-cuidado do utente e a fornecer a estes, ferramentas para que o reconquiste na totalidade (Queirós, 2010).

Na CIPE o conceito de auto-cuidado é definido como uma actividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária (OE, 2010). Já Soderhamn (2000) referenciado por Queirós (2010) distingue três tipos de auto-cuidado, designados por auto-cuidado estimativo, auto-cuidado transitivo e auto-cuidado produtivo. Relativamente ao primeiro, Queirós (2010, p.5), caracteriza-o como a “...capacidade de identificação do que necessitam para recuperar a autonomia”. Auto-cuidado transitivo refere-o como a fase onde o indivíduo identifica as várias estratégias que pode usar para recuperar o seu auto-cuidado, escolhendo uma delas. E por fim, como auto-cuidado produtivo, o autor identifica-o como “...capacidade real de auto-cuidado, onde é demonstrada capacidade da pessoa se cuidar”. (Queirós, 2010, p.5)

Seria redutor, nesta fase de exploração do conceito de auto-cuidado, não focar a teoria de Orem (1995), nomeadamente a do auto-cuidado e a do déficit de auto-cuidado, onde inicialmente a autora define este conceito como sendo, tudo o que o individuo consegue

fazer para si e por si, precisando para isso de conhecimento, experiência e capacidade. A mesma autora reconhece que as capacidades de auto-cuidado podem ser afectadas por vários factores, nomeadamente estado de saúde, doenças prévias, experiências e padrões de vida e quando isto ocorre surge o deficit de auto-cuidado, onde o enfermeiro surge como agente privilegiado de promoção de auto-cuidado, transmitindo ao doente conhecimento sob forma de ensino, de forma a que a recuperação seja atingida. Num prisma de substituição temporária da realização do auto-cuidado do doente, o enfermeiro assume-se segundo Orem (1995), como um agente de auto-cuidado terapêutico.

Doran, et al. (2002) destacam como indicador de resultado das práticas de enfermagem, o auto-cuidado terapêutico do utente. Um outro estudo apresentado por Sidani e Doran (2010) abordou este tipo de indicador, analisando o conhecimento dos pacientes acerca da prescrição de medicamentos e tratamentos, capacidade de reconhecer sinais e sintomas, capacidade de realizar tratamento prescrito e conhecimento do que fazer em caso de emergência. Os resultados indicaram que a prestação de cuidados de enfermagem aumentou no utente, o seu conhecimento, a capacidade e a participação no seu auto-cuidado, o que traduziu uma melhoria na sua funcionalidade. O auto-cuidado é assim um item sensível, como indicador de resultado, para avaliar a prática de enfermagem, pois estes profissionais focam-se no diagnóstico e intervenção junto do doente, para o desenvolvimento de respostas face à sua doença (Sidani e Doran, 2010). “Auto-cuidamo-nos para a satisfação de necessidades e quando não somos capazes de nos adaptarmos nos vários processos de transição, necessitamos de auto-cuidado terapêutico para nos ajudar nesses mesmos processos, fornecido por agentes de auto-cuidado com acções deliberadas, adquirindo auto-cuidado estimativo, auto-cuidado transitivo e por fim auto-cuidado produtivo, com vista à recuperação do bem-estar”. Queirós (2010, p.6)

Será benéfico acrescentar que no entanto, no processo de auto-cuidado terapêutico, o enfermeiro terá de considerar as diferenças existentes de utente para utente, as individuais capacidades na aprendizagem, a aptidão para aprender e avaliar os resultados finais desse ensino/aprendizagem (Thelan, et al., 1996).

O auto-cuidado, a adesão a correctos regimes terapêuticos ou a educação de comportamentos saudáveis, são desafios constantes e actuais dos cuidados de enfermagem, que devem ser vivenciados de forma individual para cada utente (Vieira, 2009).

#### 3.4 – Os ensinios de enfermagem e a aprendizagem do utente

Os cuidados de enfermagem focam também a aprendizagem dos utentes para que estes se tornem mais autónomos quando se encontram menos capacitados no seu auto-cuidado. Ensinando o utente a gerir os recursos de que dispõe, ajudam-no a retomar a sua capacidade de satisfação das suas actividades de vida num menor grau de dependência possível (Vieira, 2009). Os ensinios são desta forma, procedimentos de enfermagem por excelência e devem ser dirigidos ao utente de forma a promoverem melhorias no seu estado de saúde (Vieira, 2009).

A OE ao definir as competências dos enfermeiros em 2003, realça não apenas o aspecto interventivo do enfermeiro no ensino ao doente mas também a utilização na prestação de cuidados, de uma linguagem esclarecida, clara e sucinta. Contudo, para desempenhar um correcto ensino é necessário ter um conhecimento do processo de aprendizagem e de que maneira, alguns factores poderão interferir activamente nele.

A maneira como o doente percebe o seu estado de doença depende de vários factores, nomeadamente das suas experiências prévias, de questões culturais, de factores situacionais, do seu estado emocional, da sua personalidade, da sua idade, da capacidade racional ou irracional para gerir a informação e das representações cognitivas que ele próprio tem sobre a doença em causa (Serra, 2005). A informação que o doente possui acerca do seu estado pode condicionar o aparecimento de determinados sentimentos perante a doença e a hospitalização, como a ansiedade, a ira, a angústia, a intro ou extroversão e a melhor ou pior capacidade de adaptação psicossocial (Serra, 2005). Estes sentimentos poderão interferir activamente no processo de aprendizagem de novos comportamentos a adoptar perante um quadro de recuperação de doença (Serra, 2005). O mesmo autor (Serra, 2005, p.32) indica que “As reacções emocionais à doença mais comuns (...) são o produto da conjugação de uma série de factores individuais que condicionam uma resposta única”. Neste contexto, se a resposta é única e de causa multifactorial, está inerente à hospitalização um processo de aprendizagem individual do doente que implica um desenvolvimento de competências específicas. A CIPE (2010) indicada em OE (2010) distingue o conceito de aprendizagem, aprendizagem cognitiva e aprendizagem de capacidades, definindo aprendizagem como um processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução prática, treino ou experiência. Define aprendizagem cognitiva, como a aquisição de conhecimentos associado ao uso do pensamento consciente e da inteligência e aprendizagem de capacidades como a aquisição de domínio de actividades práticas associadas a treino, prática e exercício. Neste prisma, existem diferentes tipos de aprendizagem que exigem interacção entre prestador de cuidados e doente. Contudo, a relação que se estabelece entre enfermeiro-doente não é de todo equilibrada em termos

de conhecimento (pois o doente possui menos informação), o que pode condicionar as respostas comportamentais de aprendizagem, visto que o doente se sente mais fragilizado, numa posição de submissão ao profissional detentor da informação e decisor final do seu tratamento (Serra, 2005). Paul e Constança (2001) citados por Serra (2005, p.33) dizem que “O comportamento de doença é uma resposta aprendida socialmente e as pessoas respondem aos sintomas de acordo com as suas próprias definições da situação. Essas definições são influenciadas pelas dos outros, largamente moldadas pela aprendizagem, socialização e experiências passadas ...”. Ribeiro (1998) citado por Serra (2005) indica um modelo de participação das pessoas no seu próprio processo de cuidados, indicando para isso três fases: Concordância, Adesão e Manutenção, sendo esta última fase a etapa onde o indivíduo, já sem acompanhamento do profissional de saúde, aplica novas competências e novos comportamentos face à sua doença ou sua recuperação, o que revela o término do processo de aprendizagem. Conclui-se assim, que para existir aprendizagem tem de haver mudança efectiva de comportamento e isso implica a existência de adesão terapêutica ou seja a envolvimento do doente num processo activo de aquisição ou reestruturação de comportamentos. Adesão é assim definida pela OE (2009, p.31) como sendo “...a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde...”. Esta definição vai para além do simples cumprimento da prescrição medicamentosa. Segundo a OE (2009) em países em desenvolvimento a adesão é inferior do que em países desenvolvidos, onde a taxa ronda os 50% e conseqüentemente esta não adesão aumenta a probabilidade de ocorrência de complicações médicas e psicológicas da doença e um aumento da recorrência aos serviços de saúde. Existem alguns factores que estão



descritos como influenciadores da não adesão: capacidade socioeconómica, baixo nível de escolaridade, desemprego, pouca acessibilidade aos serviços de saúde, transportes e medicamentos, crenças culturais e complexidades das próprias doenças (Serra, 2005). A OE (2009, p.34) indica que “...a educação é necessária para auto-gestão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados para doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio auto-cuidado”. A adesão deve ser melhorada e para isso não basta informar, é necessário motivar, ensinar os utentes e envolvê-los nos cuidados. Medir adesão é também melhorar a investigação dos resultados das práticas de cuidados (OE, 2009).

PARTE II – EMPÍRICA



## Capítulo 4 – Métodos

### 4.1 – Tipo de estudo

Trata-se de uma investigação quantitativa, estudo nível III, descritivo correlacional, com medições repetidas. Segundo Fortin (1999, p.138), “...o estudo descritivo-correlacional, descreve as relações entre as variáveis e é utilizado quando os conceitos e as suas relações foram já determinadas...”.

### 4.2 – Objectivos, questão de investigação e hipóteses

Os objectivos do estudo são:

- ✓ Analisar os resultados obtidos pelos doentes internados nos serviços de medicina e cirurgia do CHBV que foram sujeitos aos cuidados de enfermagem;
- ✓ Determinar de que forma o ambiente de trabalho do enfermeiro influencia os resultados dos cuidados de enfermagem ao utente internado no CHBV.

A questão de investigação estipulada para este estudo é: De que forma os ambientes de prática de enfermagem influenciam os resultados obtidos nos doentes internados nos serviços de medicina e cirurgia do CHBV?

As hipóteses propostas para o estudo em causa são:

H1 – É significativa a diferença do estado funcional dos doentes entre a pré-admissão, admissão e alta.

H2 – Existe uma diferença no estado cognitivo dos doentes entre a admissão e a alta.

H3 – Existe relação entre o risco de úlcera de pressão na admissão e a ocorrência de úlcera de pressão no internamento.

H4 – Existe relação entre o ambiente de práticas e o estado funcional dos doentes.

#### 4.3 – Instrumentos de colheita de dados

Foram utilizados dois instrumentos de colheitas de dados no presente estudo:

- ✓ Instrumento de avaliação InterRai – Cuidados Agudos (*InterRAI - Acute Care*), desenvolvido pela Organização InterRAI e aplicada uma versão de 2011, traduzida em português pelo Sr. Prof. António Fernando Amaral – Anexo 1;
- ✓ Questionário *The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI - Escala do Ambiente das Práticas do Índice de Trabalho em Enfermagem)* que resulta de uma tradução de consenso do instrumento internacional de 2002, validado por Amaral, Ferreira e Lake (2012) e aplicado aos enfermeiros dos respectivos serviços de internamento – Anexo 2.
- ✓ Escala de *Braden* – escala que permite avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, elaborada em 1986 por Braden e Bergstrom e validada em Portugal desde 2001 – Anexo 3.

#### InterRAI – Cuidados Agudos

Se pretendermos saber de que forma é que os cuidados de enfermagem influenciam os resultados na saúde do doente, torna-se então concebível que se questione o doente acerca de determinados factores. São várias as formas de o fazer, no entanto, nem todas se apresentam como ideais. A entrevista pressupõe um estado mental e cognitivo capaz por parte do doente, o que nem sempre acontece, a observação pode traduzir não só juízos de valor do observador como condicionar os resultados, os questionários preenchidos pelo doente, dependem muito da vontade, capacidade deste e podem traduzir alterações nos resultados dependendo da altura do preenchimento (Kemp e Richardson, 1995). Surge assim em quase todos os métodos, determinadas limitações que cabe ao investigador identificar e prevenir.

Dos cinco instrumentos InterRai, cada um deles possui itens comuns a todos e itens específicos para cada critério em avaliação. Estes itens estão codificados para que permitam uma avaliação confidencial. O instrumento InterRai – Cuidados Agudos, utilizado neste estudo, está dividido em 18 secções. Cada uma delas, analisa determinados itens que serão no estudo analisados como variáveis pois permitiram avaliar dados concretos no doente internado. Segue-se uma descrição sucinta das variáveis pertencentes a cada secção:

Quadro I – Secções que compõem o instrumento InterRai aplicado no estudo

Secção	Descrição	Variáveis
A	Identificação	Nome, género, data de nascimento, estado civil, etnia/raça, língua materna, hospital, enfermaria, médico assistente e número do cartão de utente;
B	Admissão e História Inicial	Data de internamento, proveniência, formas de coabitação, episódio desencadeador da admissão, período desde a última hospitalização, tempo passado no SU e cirurgia;
C	Datas da Avaliação	Na admissão e na alta
D	Cognição	1.Capacidades cognitivas para tomar decisões do dia-a-dia, 2.Capacidade de memorizar/recordar, 3.Perturbações periódicas do pensamento ou consciência, 4.Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual;
E	Comunicação e Visão	1.Fazer-se entender, 2.Capacidade para compreender os outros, 3.Audição, 4.Visão;
F	Comportamento e Ânimo	1.Ânimo auto-reportado e sintomas de comportamento;
G	Estado Funcional	1.Auto desempenho nas AVDs, 2.Locomoção/caminhar, 3.Nível de actividade, 4.Acamado, 5.Auto desempenho das Actividades Independentes de Vida Diária (AIVDs) e capacidade;

Secção	Descrição	Variáveis
H	Continência	1.Continência urinária, 2.Aparelho de recolha da urina, 3.Continência fecal, 4.Uso de pensos, fraldas;
I	Diagnósticos*	----
J	Condições de Saúde	1.Quedas, 2.Quedas recentes, 3.Frequência do problema, 4.Dispneia, 5.Fadiga, 6.Sintomas de dor;
K	Estado nutricional e Oral	1.Altura e peso, 2.Questões nutricionais, 3.Modo de ingestão nutricional;
L	Estado da Pele	1.Úlcera de pressão, 2.Anterior úlcera de pressão, 3.Risco de úlcera de pressão
M	Medicação*	----
N	Tratamentos e Procedimentos	1.Tratamentos, terapias e programas especiais, 2.Terapia/Serviços de enfermagem;
O	Directivas e Responsabilidade*	----
P	Potencial da Alta	1.Serviços de apoio da comunidade antes da admissão, 2.Serviços da comunidade anteriores à admissão, 3.Potencial da alta;
Q	Alta	1.Último dia de hospitalização, 2.Depois da alta;
R	Informação da Avaliação	a.Assinatura, b.Data da avaliação;

Nota: \* As secções I, M e O foram excluídas por inadequação ao objectivo geral do presente estudo. Encontram-se por esse motivo, identificadas neste quadro a cor cinza.

A InterRai desenvolveu um manual de apoio ao preenchimento dos questionários, que inclui esclarecimentos e exemplos de cada item para que cada avaliador treine e preencha os instrumentos de forma correcta. Antes da aplicação do questionário, realizamos a leitura desse mesmo documento.

Para o preenchimento do instrumento, cada avaliador pode recorrer à observação directa, consulta de informação no processo clínico, entrevistas com o cuidador do utente, entrevistas com os profissionais de saúde responsáveis pelo utente e em alguns

itens específicos do instrumento é permitida a entrevista ao próprio utente para que a sua auto-percepção seja registada. Os dados dos doentes internados referem-se a três momentos distintos: à situação do utente antes da sua admissão (designada no questionário por pré-admissão), na sua admissão e na sua alta.

No que diz respeito à validação cultural deste instrumento, dado o seu tamanho, foi feita no mesmo momento da colheita final de informação. O instrumento foi traduzido por dois tradutores, sendo a versão final obtida após um consenso das duas traduções. Este consenso de tradução foi obtido por um painel de oito enfermeiros seniores.

A bibliografia que sustenta e valida a utilização deste questionário é objectivamente o artigo de Hirdes, et al. (2008) que transmite um conjunto de informações acerca dos instrumentos da InterRai. Este artigo foi um estudo que avaliou a confiabilidade dos itens dos cinco instrumentos elaborados pela InterRai: assistência domiciliar, assistência a longo prazo, saúde mental, cuidados paliativos e pós-agudos. A avaliação foi feita em 783 indivíduos em 12 países em amostras não aleatórias, mas homogéneas. Os avaliadores foram previamente esclarecidos, treinados e não comunicaram entre eles. Eram substancialmente bolseiros InterRai, internacionais de vários países que aplicaram os diversos questionários a nível nacional e cujos resultados permitiram avaliar o nível de fiabilidade dos mesmos. O índice K de fiabilidade de 0,75 foi obtido para os itens comuns e o índice K que oscilou de 0,63 a 0,73 foi obtido para itens específicos de cada instrumento.

Segundo este amplo estudo, as pessoas que perdem a capacidade de ultrapassar alterações cognitivas ou funcionais, recebem da comunidade apoio específico que as ajuda a ultrapassar as incapacidades (apoio domiciliário, serviços de enfermagem, reabilitação, etc...). Existe portanto uma rede de cuidados/serviços integrados que mesmo em



situação aguda, apoiam o indivíduo na sua recuperação. No entanto, para que não haja descontinuidade nos cuidados prestados face às necessidades identificadas é necessário que a informação clínica flua nos sistemas de informação. Se isso não ocorrer, poderá haver duplicação de esforço, aumento de carga, frustração nos utentes e imagem desorganizada da rede de cuidados. O estudo visou também avaliar a confiabilidade de todos os instrumentos InterRai, tendo tido como resultado a ideia de que a confiabilidade era convincente. Vários itens apresentaram fiabilidade aceitável e outros, uma confiabilidade excelente.

Uma importante consideração na divulgação internacional é a tradução e avaliação da aplicabilidade transcultural, daí que é importante definir as medidas psicométricas dos instrumentos de avaliação num único idioma.

Os resultados demonstraram que os instrumentos são confiáveis em várias línguas e em vários países ou seja, internacionalmente são fiáveis e válidos. Foram feitas observações específicas que estão codificadas, com critérios rígidos de inclusão e de exclusão com prazos bem definidos em termos de observação e avaliação, para que confira confiabilidade consistente ao instrumento. O objectivo foi não só recuperar e melhorar mas também planear a assistência, avaliar os resultados destas estratégias, melhorando a qualidade para melhor gerir os recursos.

#### *The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*

Como anteriormente foi referido, com a aplicação deste questionário pretende-se analisar o ambiente que o enfermeiro vivencia quando presta os seus cuidados. Para isso, o questionário é constituído por 31 afirmações, perante as quais os enfermeiros colocam o seu grau de concordância (concordo totalmente, concordo, discordo e discordo

totalmente). De forma global as perguntas direccionam-se para as seguintes vertentes: tempo disponível para a prestação de cuidados, rácios de enfermeiro/doente, relações de trabalho entre médicos e enfermeiros, supervisão dos enfermeiros nas práticas, formação em serviço, ascensão na carreira, intervenções dos enfermeiros na gestão organizacional e liderança.

As perguntas do questionário contribuem para a avaliação dos itens que no seu todo permitem caracterizar o ambiente das práticas de cuidados de enfermagem. Neste contexto, para permitir analisar a ‘Participação nas políticas do hospital’ foram sumarizados as componentes expostas no Quadro 2:

Quadro 2 – Perguntas que permitem analisar a ‘Participação nas políticas do hospital’

Número da pergunta	
5	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.
6	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.
11	O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.
15	A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.
17	São proporcionadas oportunidades de promoção.
21	A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.
23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política).
27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.
28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.

Para avaliar os ‘Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados’, foram observados os resultados às perguntas apresentadas no Quadro 3:

Quadro 3 – Perguntas que permitem analisar os ‘Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados’

Número da pergunta	
4	Existem programas de desenvolvimento activo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.
14	A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.
18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.
19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.
22	Existe um programa activo de garantia da qualidade.
25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém-contratados.
26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.
29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e actualizados para todos os doentes.
30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.
31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.

Na avaliação da ‘Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros’, foram analisados os dados obtidos nas perguntas explanadas no Quadro 4:

Quadro 4 – Perguntas que permitem analisar a ‘Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros’

Número da pergunta	
3	Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.
7	Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.
10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.
13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.
20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.

De forma a poder reflectir-se sobre a ‘Adequação de recursos humanos e materiais’, observaram-se os resultados obtidos nas perguntas colocadas no Quadro 5:

Quadro 5 – Perguntas que permitem analisar a ‘Adequação de recursos humanos e materiais’

Número da pergunta	
1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.
8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.
9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.
12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.

Por fim, para analisar as ‘Relações colegiais entre enfermeiros e médicos’, foram analisadas as respostas obtidas às perguntas colocadas no Quadro 6:

Quadro 6 – Perguntas que permitem analisar as ‘Relações colegiais entre enfermeiros e médicos’

Número da pergunta	
2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.
16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.
24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.

Face à utilização da referida escala, Lake (2002) refere que no geral, a maioria das publicações relatam associações significativas entre os scores da escala e a prática de enfermagem, o utente e os resultados organizacionais. O PES-NWI é a medida mais amplamente usada para medir o estado de ambientes favoráveis à prática de enfermagem e é a única medida recomendada por várias organizações dos EUA para promoverem a saúde com qualidade. Esta ferramenta de avaliação do ambiente das práticas foi desenvolvida a partir do Índice de Trabalho de Enfermagem e baseada numa extensa revisão da literatura sobre satisfação no trabalho. No fundo, constitui uma súmula de quatro sub-escalas oriundas da escala NWI: fundamentos de enfermagem, capacidade de liderança, adequação de recursos e relação entre médico e enfermeiro (Lake, 2002). O Fórum Nacional da Qualidade nos EUA aprovou o PES-NWI como medida de desempenho da assistência de enfermagem de estrutura nas unidades de saúde. A Joint Commission (2009) inclui o PES-NWI como um indicador utilizado para a eficácia pessoal hospitalar nos seus padrões de acreditação.

Foi efectuada uma revisão sistemática de publicações que analisaram a aplicação do instrumento PES comparativamente com outras escalas de avaliação do ambiente das práticas. Desta revisão, concluiu-se que a utilização da escala tem aumentado ao longo destes últimos quatro anos. Tem sido aplicada em vários serviços e maioritariamente nos EUA. As alterações mais recentes no instrumento foram, incluir uma maior relevância

para o ambiente das práticas e enaltecer as referências de liderança de enfermagem e de gestão organizacional. Houve contextos culturais que ao aplicar o instrumento, removeram alguns itens que eram irrelevantes nas suas realidades. Existiram esforços para traduzir a escala em chinês, islandês e francês. Pontualmente ocorreram alterações, contudo as análises psicométricas do PES-NWI foram relatadas em nove artigos. Reconhecendo a importância universal da qualidade do ambiente das práticas do enfermeiro, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) pediu a criação de ambientes favoráveis à prática de cuidados de saúde de qualidade. Neste âmbito, o PES é uma ferramenta disponível para ajudar a detectar anomalias de forma a melhorá-las para atingir os objectivos propostos pelo ICN (Warshawsky, 2012).

#### Escala de *Braden*

Emerge neste momento, tecer algumas considerações sobre a escala que foi utilizada na avaliação do risco de úlcera de pressão dos utentes envolvidos no estudo, designada por Escala de *Braden*. Neste contexto, esclarece-se que a escala analisa seis itens: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. Face a cada um destes itens, classifica-se o estado da pele do utente, pontuando numa escala gradual de quatro classificações: completamente limitada (1), muito limitada (2), ligeiramente limitada (3) e sem limitação (4). O valor obtido pelo somatório da escala pontua o risco de aquisição de uma úlcera de pressão, que no presente estudo, foi avaliado em dois momentos, admissão e alta. Considerando a Orientação da Direcção Geral da Saúde (2011), foram criadas duas classes de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, uma de alto risco, que engloba valores totais da Escala de *Braden* até ou iguais a 16 e uma classe de baixo risco, que reúne os valores totais, iguais ou superiores a 17.

#### 4.4 – Aplicação dos instrumentos de colheita de dados

O primeiro instrumento de recolha de dados foi aplicado em dois momentos distintos. No momento em que o utente era admitido na Instituição em causa, era efectuada a recolha de dados referentes à pré-admissão e à admissão. Esta recolha foi feita através do próprio utente (quando se encontrava consciente e orientado no tempo e no espaço e consentia a sua participação no estudo) ou através do cuidador/familiar que se encontrava a acompanhar a situação clínica do utente. Os dados relativos à secção L - (Estado da Pele) foram obtidos através dos registos de enfermagem, efectuados em plataforma informática Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia (GHAF) no SU (onde por regra, se realizam os pensos e a avaliação inicial do estado de integridade de pele), e através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) em uso nos restantes serviços (Medicina e Cirurgia) do CHBV.

Será útil acrescentar que na amostra, existiram alguns utentes, cujo estado de integridade da pele não foi avaliado no SU mas cuja avaliação inicial foi efectuada no momento de admissão no serviço de internamento. No Serviço de Medicina I e II, existe implementado um formulário de preenchimento obrigatório, 'Avaliação Inicial – Medicina I e II', que diz respeito à avaliação inicial do doente (Anexo 4), onde são registados dados relativos ao sono e repouso, higiene e protecção de tegumentos, emoção e precaução de segurança, sensação e integração social, crença e aprendizagem. Esta fonte de informação tornou-se extremamente útil para obter dados que completavam a avaliação do utente na admissão. Como na autorização da realização do estudo, não foi concedido o envolvimento dos enfermeiros dos serviços, foi extremamente difícil conseguir avaliar os doentes na fase de alta. A estratégia adoptada foi seguir o internamento de todos os doentes que entravam

pelo SU e ficavam internados nos serviços de medicina e cirurgia, até ao momento de alta. A autora como desempenha funções no SU, fazia a avaliação do utente no SU (relativas à fase pré-admissão e admissão) e permanecia atenta até ao momento de alta, onde era feita a avaliação final do doente, já nos serviços de internamento. Contudo, surgiu de imediato a barreira do momento de alta, que era imprevisível no tempo e hora, o que dificultava a avaliação final. Devido a este factor, alguns questionários tiveram de ser desperdiçados para o estudo, pois não reuniam a informação que permitia validar por completo o formulário. Foram obtidos 123 instrumentos totalmente preenchidos. Esta fase de recolha de dados durou sensivelmente seis meses, desde Agosto de 2011 até Janeiro de 2012.

Posteriormente, foi aplicado o questionário anónimo de avaliação do ambiente das práticas de cuidados, às equipas de enfermagem, nos serviços de medicina e cirurgia. O preenchimento foi voluntário e entre a distribuição, preenchimento e recolha, houve a duração de um mês e meio. Na tabela que se segue, observa-se a adesão ao preenchimento, por parte da equipa de enfermagem. Pode-se concluir pela Tabela I que dos 81 questionários distribuídos, obteve-se um total de 60 questionários preenchidos, logo 74,1% de adesão ao preenchimento.

Tabela I – Adesão ao preenchimento do questionário PES-NWI nos serviços de medicina e cirurgia

Serviços	Distribuídos	Preenchidos
Medicina I	17	13
Medicina II	19	18
Medicina III	11	6
Cirurgia	34	23
Total	81	60



#### 4.5 – População e amostra

Trata-se de um estudo que foi elaborado em meio natural, nomeadamente no meio hospitalar, especificamente nos serviços de cirurgia (Serviço de Cirurgia: Mulheres e Homens) e serviços de medicina (Serviço de Medicina I, II e III) do CHBV. A razão de escolha deste meio prende-se com a necessidade de assegurarmos que os dados fossem colhidos onde efectivamente ocorreram os cuidados de enfermagem, a um leque possível de utentes em fase de doença e internamento.

A população escolhida foi o conjunto de utentes que, durante seis meses, estiveram em regime de internamento no Serviço de Cirurgia (Mulheres e Homens) e de Medicina (I, II, III) do CHBV, independentemente do tempo de permanência no serviço. Foram estipulados os seguintes factores de exclusão do estudo:

- ✓ Possuir idade inferior a 18 anos;
- ✓ Ser mentalmente incapaz de responder às questões, sem que possua familiar/cuidador que o substitua nesse acto.

Considerando estes factores, foi seleccionada uma amostra não probabilística accidental, de 123 utentes que deram entrada no hospital, tendo ficado internados nos serviços de medicina ou de cirurgia, deste hospital. Fortin (1999, p.208) indica que “...a amostra accidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso”. Nesta perspectiva, foi aplicado o instrumento de recolha de dados no SU, onde se registou os dados relativos à pré-admissão e admissão, junto do utente e seu cuidador e numa fase posterior, fez-se a semelhante avaliação no momento de alta clínica, já no serviço de internamento.

#### 4.6 – Variáveis

As variáveis consideradas neste estudo são:

- ✓ Variáveis Independentes:
  - Variáveis de estrutura:
    - relacionadas com o doente (género, idade, estado civil, serviço de internamento, meio de proveniência e formas de coabitação);
    - relacionadas com os enfermeiros (género, idade, tempo de serviço e local de trabalho);
    - relacionadas com o ambiente das práticas.
- ✓ Variáveis Dependentes: resultados obtidos nos doentes (cognição, estado funcional, continência, estado da pele e tempo de internamento).

#### 4.7 – Tratamento dos dados

Após a recolha de dados, os mesmos foram sujeitos a um tratamento estatístico, através do *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 13.0, para *Windows*, do qual se obtiverem resultados quantitativos, que foram alvo de uma análise separada.

Para cada hipótese considerada neste estudo, foram aplicados alguns testes estatísticos, nomeadamente o teste *Paired-Samples T*, teste *One-Way Anova*, teste Qui-Quadrado e realizada uma correlação de *Pearson*. Consideramos a distribuição amostral como normal, pelo Teorema do Limite Central.

A publicação dos resultados assim como a sua extrapolação noutros contextos semelhantes será um objectivo posterior.

#### 4.8 – Princípios éticos

O presente estudo foi realizado, considerando os princípios éticos necessários que salvaguardam a sua validade, enquanto investigação, nomeadamente:

- ✓ Direito à confidencialidade (não foi permitido o acesso aos dados brutos do estudo a ninguém exterior ao próprio estudo);
- ✓ Direito à autodeterminação (os utentes que preenchiam os critérios da amostra foram abordados em dois momentos distintos, admissão e no momento da alta clínica. Nestes dois períodos, poderiam ter recuado na sua autorização de participação no estudo);
- ✓ Direito ao anonimato (houve autorização para a recolha de dados no preenchimento do formulário, quer pelo utente e/ou cuidador; foi comunicado a todos sem excepção, de que os dados colhidos não seriam transmitidos a pessoas estranhas ao estudo e foi assegurado o anonimato aquando a publicação de resultados);
- ✓ Direito a um tratamento justo e equitativo (todo o utente e/ou cuidador foram informados oralmente sobre o tema do estudo, os seus objectivos e a sua durabilidade).

Após a entrega do pedido de autorização do estudo, dirigido ao Conselho de Administração do CHBV, houve uma análise do projecto de investigação, pelo Conselho de Ética da Instituição, seguida de duas reuniões de esclarecimento, após as quais foi emitida a autorização da realização do mesmo, como comprova o Anexo 5.

## Capítulo 5 – Resultados

Face aos dados demográficos que caracterizam o indivíduo, eles devem ser colhidos nos questionários, pois poderão traduzir significativas diferenças que podem conduzir o estudo para inferências erradas que traduzem posteriormente um impacto alterado das variáveis no tema em estudo (Ferreira e Lourenço, 2003).

O Capítulo 5 apresentará os dados obtidos, inicialmente pelo formulário InterRai e de seguida os resultados da aplicação do questionário sobre o ambiente das práticas de cuidados (PES-NWI), vivido pelos enfermeiros, nos serviços onde o estudo se focalizou. Seguidamente, explana os ganhos obtidos pelo estudo relativos ao estado funcional, estado cognitivo, risco de aquisição de úlcera de pressão e relação entre o ambiente das práticas dos enfermeiros e o estado funcional dos doentes. Em cada um destes subcapítulos são analisadas as hipóteses estipuladas para este estudo.

### 5.1 – Descrição do estado de saúde dos utentes e ambiente das práticas dos enfermeiros

Este subcapítulo descreve os resultados obtidos pela aplicação do formulário InterRai, que permite caracterizar o estado de saúde dos utentes da amostra e posteriormente os resultados obtidos pela aplicação do PES-NWI, que permitem descrever o ambiente das práticas, vivenciado pelos enfermeiros, nos serviços onde foi efectuada a recolha de dados nos doentes.

Relativamente ao formulário InterRai, apresentamos um conjunto de tabelas que revelam os dados que caracterizam a amostra do estudo.

A Tabela 2 revela a descrição sócio-demográfica dos utentes da amostra, indica que o género prevalente dos utentes que participaram no estudo é feminino, 56,9%, o que corresponde a 70 utentes. A idade dos utentes inquiridos oscilou entre os 17 anos e os 93 anos, sendo a idade média de 70,7 e o desvio padrão de 15,1. A classe de idades com mais frequência é a dos 59 aos 79 anos, com 57 utentes (46,3%).

Tabela 2 – Descrição sócio-demográfica dos utentes (N: 123)

Variável	Valor	N	%
Género	Feminino	70	56,9%
	Masculino	53	43,1%
Idade	[17-37]	5	4,1%
	[38-58]	20	16,3%
	[59-79]	57	46,3%
	[80-100]	41	33,3%
	Média: 70,7; Desvio Padrão: 15,1 Mínima: 17 ; Máxima: 93		

Analisando o estado civil dos elementos da amostra, conclui-se pela Tabela 3 que a maioria dos utentes tem o estado civil de casado (53), que correspondem a 43,1% do total. Por sua vez, 51 utentes são viúvos, o que corresponde a 41,5% da amostra.

Tabela 3 – Estado civil dos utentes inquiridos

Estado Civil	N	Percentagem
Casados	53	43,1%
Viúvos	51	41,5%
Solteiros	16	13%
Divorciados	3	2,4%

Relativamente à admissão dos utentes que foram incluídos no estudo, a Tabela 4 mostra as diversas proveniências dos mesmos. Neste contexto, verifica-se que a maioria dos

utentes da amostra provêm do seu domicílio, o que representa 76,4% do total (94 utentes) e 18,7% dos utentes (23) vêm de lares.

Tabela 4 – Proveniência dos utentes inquiridos

Proveniência	N	Percentagem
Casa	94	76,4%
Lar	23	18,7%
Unidade de Cuidados Continuados	1	0,8%
Hospital Psiquiátrico	1	0,8%
Família de Acolhimento	4	3,3%

A Tabela 5 mostra as formas de coabitação dos utentes envolvidos neste estudo. Nela é possível verificar que 26,8% dos utentes vivem apenas com o cônjuge e que 22,8% vivem com não familiares. De realçar ainda, que existe um conjunto importante de indivíduos que vivem sozinhos.

Tabela 5 – Formas de coabitação dos utentes inquiridos

Formas de Coabitação	N	Percentagem
Sozinho	23	18,7%
Apenas com cônjuge	33	26,8%
Com filhos	20	16,3%
Com não familiares	28	22,8%
Com cônjuge e outro	13	10,6%
Com pais ou tutores	5	4,1%
Com irmãos	1	0,8%

A Tabela 6 indica que a maior parte dos utentes envolvidos no estudo pertencem ao Serviço de Medicina I (63 utentes), cerca de 51,2% do total da amostra. Foi no Serviço de Cirurgia, Mulheres e Homens, que 41 utentes participaram no estudo, correspondendo a 33,3% da totalidade. Pelo Serviço de Medicina III, participaram 8,1% de utentes, o que

correspondeu a 10 utentes e por fim no Serviço de Medicina II, 9 utentes fizeram parte da amostra o que indica 7,3% do volume total.

Tabela 6 – Serviços que participaram no estudo

Serviços	N	%
Medicina I	63	51,2%
Medicina II	9	7,3%
Medicina III	10	8,1%
Cirurgia	41	33,3%

Relativamente ao episódio que desencadeou a admissão do utente no CHBV, verificamos na Tabela 7 que em 58,5% da totalidade da amostra, o episódio que causou a admissão no CHBV, surgiu nos últimos 7 dias, o que correspondeu a 72 utentes. Em cerca de 21 utentes o episódio que causou a admissão surgiu de 8 a 14 dias antes da admissão (17,1%).

Tabela 7 – Episódio desencadeador da admissão

Frequência	N	Percentagem
Nos últimos 7 dias	72	58,5%
Há 8-14 dias	21	17,1%
Há 15-30 dias	10	8,1%
Há 3-60 dias	10	8,1%
Há mais de 60 dias	10	8,1%

Pela Tabela 8 consegue-se depreender que, existe um número importante de indivíduos que tem vários episódios de internamento. Na amostra, 44,7% das unidades de análise esteve internado de 31 a 90 dias atrás, correspondendo a 55 utentes, sem nenhuma hospitalização, nos últimos 90 dias encontramos 56 utentes que correspondem a 45,5% da amostra.

Tabela 8 – Período desde a última hospitalização (nos últimos 90 dias)

Período de hospitalização	N	Percentagem
Não houve hospitalização nos últimos 90 dias	56	45,5%
Há 31-90 dias	55	44,7%
Há 15-30 dias	6	4,9%
Há 8-14 dias	1	0,8%
Nos últimos 7 dias	5	4,1%
Actualmente no hospital	0	0%

A tabela seguinte revela-nos que 98,4% dos doentes foi admitido pelo Serviço de Urgência e que, no que diz respeito ao tempo passado nesse serviço, antes de serem internados, 43,9% do total da amostra permaneceu no SU, 24 a 48 horas, o que corresponde a 54 utentes. Por sua vez, 43 utentes, cerca de 35% da amostra, permaneceu 8 a 24 horas neste respectivo serviço e apenas 19 utentes ficaram no SU, menos de 8 horas (15,4%).

Tabela 9 – Tempo passado no Serviço de Urgência

Tempo no SU	N	Percentagem
Não foi admitido através do SU	2	1,6%
Menos de 8 horas	19	15,4%
8-24 horas	43	35,0%
24-48 horas	54	43,9%
Mais de 48 horas	5	4,1%
Total	123	100,0%

Quanto ao tempo de internamento dos utentes envolvidos no estudo, calculados a partir da diferença entre a data de admissão e a alta, verificamos que a média de internamento é de 12,2 dias, a moda é 7 e desvio padrão 13,1.



Tabela 10 – Tempo internamento (dias)

	N	123
Média		12,2
Mediana		9
Moda		7
Desvio Padrão		13,1

Em relação às capacidades cognitivas dos utentes e no que diz respeito à sua capacidade de tomada de decisão, dividem-se os resultados em três momentos que correspondem aos períodos de avaliação: pré-admissão, admissão e alta do utente.

Segundo a Tabela 11, no momento da pré-admissão, 52% da amostra era independente o que corresponde a 64 utentes. Cerca de 28 utentes (22,8%), no mesmo período apresentavam uma incapacidade cognitiva grave na tomada de decisão.

Relativamente ao momento de admissão, 55 utentes correspondentes a 44,7% da amostra, apresentaram um nível de independência na tomada de decisão e 32 utentes revelaram uma incapacidade grave (26%).

Ainda no mesmo item mas no momento da alta salienta-se que, 46 utentes (37,4%) mostraram-se independentes e 30 utentes apresentaram uma incapacidade grave (24,4%).

Tabela 11 – Capacidades cognitivas para tomar decisões do dia-a-dia na pré-admissão, admissão e alta

Capacidades cognitivas para tomar decisões	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Independente	64	52	55	44,7	46	37,4
Independente modificada	13	10,6	13	10,6	16	13
Incapacidade mínima	13	10,6	17	13,8	6	4,9
Incapacidade moderada	5	4,1	6	4,9	10	8,1
Incapacidade grave	28	22,8	32	26	30	24,4
Sem consciência perceptível (coma)	0	0	0	0	15	12,2

A Tabela 12 explana os resultados relativos ao momento da pré-admissão, admissão e alta do doente no que diz respeito à capacidade de memorizar e recordar. Considerando-se a

memória de curto prazo, memória processual e memória situacional. Neste âmbito, sem problemas de memória de curto prazo, encontram-se na pré-admissão 73,2% (N:90), na admissão 63,4% (N:78) e na alta 48,8% (N:60). Com problemas neste tipo de memória, existem 26,8% (N:33) na pré-admissão, na admissão 36,6% (N:45) e na alta 51,2% (N:63). Relativamente à memória processual, sem problemas de memória na pré-admissão existem 68,3% (N:84), na admissão 52,8% (N:65) e na alta 38,2% (N:47). Com problemas de memória, na pré-admissão observam-se 31,7% (N:39), na admissão 47,2% (N:58) e na alta 61,8% (N:76) da amostra. No que diz respeito à memória situacional, os resultados apresentados revelam que no momento da pré-admissão existiam 81 utentes (65,9%), que não tinham problemas de memória, enquanto 42 utentes (34,1%) revelavam já alterações deste parâmetro. Na admissão, 50 utentes (40,7%) não apresentavam alterações de memória situacional, face aos 73 utentes que a demonstraram alterada (59,3%). Por fim, na alta, apenas 34 utentes (27,6%) apresentavam memória situacional inalterada enquanto 89 utentes (72,4%) revelaram alterações do parâmetro. Após a análise de todas as frequências relativamente à variável cognição, capacidade de memorizar/recordar a curto prazo, memória processual e situacional, procedeu-se à soma destes três itens no momento de admissão e de alta, calculou-se a média e constata-se pela tabela que houve uma evolução das médias de 4,7 para 6,8 desde a admissão até à alta, a nível cognitivo, o que corresponde a um agravamento deste estado.

Tabela 12 – Capacidade de memorizar/recordar. Memória de curto prazo, processual e situacional na pré-admissão, admissão e alta e médias da cognição na admissão e alta

Capacidade de memorizar/recordar	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
<b>Memória de curto prazo</b>						
Sim, a memória OK	90	73,2	78	63,4	60	48,8
Problemas de memória	33	26,8	45	36,6	63	51,2
<b>Memória processual</b>						
Sim, a memória OK	84	68,3	65	52,8	47	38,2
Problemas de memória	39	31,7	58	47,2	76	61,8
<b>Memória situacional</b>						
Sim, a memória OK	81	65,9	50	40,7	34	27,6
Problemas de memória	42	34,1	73	59,3	89	72,4
Médias da soma dos itens da cognição na admissão e alta: capacidade de memorizar/recordar a curto prazo, memória processual e situacional;	-		4,7		6,8	

Relativamente à alteração aguda do estado mental em comparação ao habitual, a Tabela 13 mostra que no momento da admissão 27 utentes (22%) revelavam alterações e na alta o número elevou-se para 52 utentes (42,3%). Já na admissão, 96 utentes (78%) não possuíam alteração aguda do estado mental em relação ao seu estado habitual mas na alta este valor desceu para 71 utentes, ou seja 57,7% do total da amostra.

Tabela 13 – Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual na admissão e alta

Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Sim	27	22	52	42,3
Não	96	78	71	57,7

Face ao comportamento dos utentes, foram avaliados os sintomas de presença de abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados e presença de comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo, nos últimos três dias ou vinte e quatro horas, na pré-

admissão, admissão e alta. A maioria dos doentes não apresentava estes sintomas, 110 utentes na pré-admissão (89,4%), em 85 utentes na admissão (69,1%) e em 60 utentes na alta, correspondendo por fim a 48,8% do global da amostra. A presença destes sintomas revelou-se em 13 utentes na pré-admissão (10,6%), em 38 utentes na admissão (30,9%) e na alta, 63 utentes apresentaram estes sintomas de comportamento ou seja 51,2% do total da amostra, como se pode visualizar na Tabela 14.

Tabela 14 – Sintomas de comportamento na pré-admissão, admissão e alta

Nos últimos 3 dias/24 horas, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: Abuso verbal, Abuso físico, Resistência aos cuidados, Comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Não	110	89,4	85	69,1	60	48,8
Sim	13	10,6	38	30,9	63	51,2

A Tabela 15 mostra os resultados obtidos no auto desempenho nas AVDs dos utentes da amostra do estudo, no momento da pré-admissão, admissão e alta. Relativamente aos utentes totalmente independentes na actividade tomar banho, na pré-admissão eram 56,1% (N:69) e na alta 34,1% (N:42), totalmente dependentes na pré-admissão eram 19,5% (N:24) enquanto que na alta contabilizavam-se 35% (N:43) de utentes. Perante a higiene pessoal, na pré-admissão 57,7% (N:71) eram independentes, na admissão 44,7% (N:55) e na alta mantinham-se independentes 32,5% (N:40). Totalmente dependentes na higiene pessoal, na pré-admissão eram 18,7% (N:23), na admissão 22% (N:27) e na alta 32,5% (N:40). Na capacidade de caminhar, 59,3% utentes (N:73) na pré-admissão apresentam-se independentes, na admissão eram 48,8% (N:60) e na alta 36,6% (N:45). Na mesma variável mas sem realizar a actividade, na pré-admissão eram 19,5% (N:24), na

admissão 25,2% (N:31) e na alta 32,5% (N:40). Na transferência para a sanita, independentes na pré-admissão eram 59,3% (N:73), na admissão 48% (N:59) e na alta 38,2% (N:47). Na utilização da casa de banho, existiam 58,5% (N:72) de utentes completamente independentes na pré-admissão, na admissão 43,9% (N:54) e na alta 34,1% (N:42). Na mobilidade na cama, 69,1% (N:85) da amostra eram independentes na pré-admissão, na admissão 62,7% (N:77) e na alta 55,3% (N:68), enquanto que totalmente dependentes na pré-admissão eram 17,9% (N:22), na admissão 20,3% (N:25) e na alta 30,1% (N:37). No que se refere ao acto de alimentação, 56,1% (N:69) da amostra revelou-se independente na pré-admissão, 36,6% (N:45) na admissão e 22,8% (N:28) na alta, totalmente dependentes na pré-admissão contabilizou-se 19,5% (N:24), na admissão 21,1% (N:26) e na alta 31,1% (N:42).

Tabela 15 – Valores do auto desempenho nas AVDs na pré-admissão, admissão e alta

AVDs		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%
Tomar Banho	Independente	69	56,1	-	-	42	34,1
	Independente, ajuda apenas na preparação	3	2,4	-	-	7	5,7
	Supervisão	9	7,3	-	-	9	7,3
	Assistência limitada	5	4,1	-	-	6	4,9
	Assistência alargada	4	3,3	-	-	5	4,1
	Assistência máxima	9	7,3	-	-	11	8,9
	Dependência Total	24	19,5	-	-	43	35,0
	Não houve actividade	0	0	-	-	0	0
Higiene Pessoal	Independente	71	57,7	55	44,7	40	32,5
	Independente, ajuda apenas na preparação	1	0,8	9	4,3	6	4,9
	Supervisão	9	7,3	7	5,7	10	8,1
	Assistência limitada	6	4,9	8	6,5	10	8,1
	Assistência alargada	2	1,6	5	4,1	4	3,3
	Assistência máxima	11	8,9	11	8,9	12	9,8
	Dependência Total	23	18,7	27	22,0	40	32,5
	Não houve actividade	0	0	1	0,8	1	0,8

AVDs		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%
Caminhar	Independente	73	59,3	60	48,8	45	36,6
	Independente, ajuda apenas na preparação	0	0	3	2,4	3	2,4
	Supervisão	11	8,9	10	8,1	13	10,6
	Assistência limitada	2	1,6	3	2,4	9	7,3
	Assistência alargada	2	1,6	2	1,6	2	1,6
	Assistência máxima	4	3,3	7	5,7	5	4,1
	Dependência Total	7	5,7	7	5,7	6	4,9
	Não houve actividade	24	19,5	31	25,2	40	32,5
Transferência para Sanita	Independente	73	59,3	59	48	47	38,2
	Independente, ajuda apenas na preparação	0	0	2	1,6	1	0,8
	Supervisão	9	7,3	13	10,6	11	8,9
	Assistência limitada	3	2,4	5	4,1	10	8,1
	Assistência alargada	4	3,3	2	1,6	6	4,9
	Assistência máxima	5	4,1	7	5,7	6	4,9
	Dependência Total	9	7,3	10	8,1	11	8,9
	Não houve actividade	20	16,3	25	20,3	31	25,2
Uso de casa de banho	Independente	72	58,5	54	43,9	42	34,1
	Independente, ajuda apenas na preparação	1	0,8	7	5,7	2	1,6
	Supervisão	9	7,3	13	10,6	16	13,0
	Assistência limitada	4	3,3	6	4,9	7	5,7
	Assistência alargada	3	2,4	2	1,6	5	4,1
	Assistência máxima	4	3,3	7	5,7	11	8,9
	Dependência Total	10	8,1	11	8,9	10	8,1
	Não houve actividade	20	16,3	23	18,7	30	24,4
Mobilidade Cama	Independente	85	69,1	77	62,7	68	55,3
	Independente, ajuda apenas na preparação	0	0	1	0,8	0	0
	Supervisão	3	2,4	5	4,1	11	8,9
	Assistência limitada	2	1,6	2	1,6	1	0,8
	Assistência alargada	6	4,9	8	6,5	2	1,6
	Assistência máxima	5	4,1	5	4,1	4	3,3
	Dependência Total	22	17,9	25	20,3	37	30,1
	Não houve actividade	0	0	0	0	0	0
Alimentação	Independente	69	56,1	45	36,6	28	22,8
	Independente, ajuda apenas na preparação	8	6,5	14	11,4	14	11,4
	Supervisão	10	8,1	14	11,4	14	11,4
	Assistência limitada	4	3,3	7	5,7	17	13,8
	Assistência alargada	4	3,3	4	3,3	3	2,4
	Assistência máxima	4	3,3	4	3,3	5	4,1
	Dependência Total	24	19,5	26	21,1	42	31,1
	Não houve actividade	0	0	9	7,3	0	0

A avaliação do principal modo de locomoção dividiu-se nos itens caminhar, sem aparelho de suporte, caminhar com uso do aparelho de suporte, utilização de cadeira de rodas ou scooter eléctrica e o estado de acamado. Neste âmbito, segundo a Tabela 16, registaram-se na pré-admissão 98 utentes autónomos na marcha (55,3%), 59 utentes na admissão (48%) e 32 utentes na alta (26%). A caminhar usando aparelho de suporte, na pré-admissão eram 25 utentes (20,3%), na admissão 27 utentes (22%) e na alta 18 utentes (14,6%). Em cadeira de rodas, na pré-admissão eram 8 (6,5%), e na alta 21 utentes (17,1%). No estado acamado, na pré-admissão contabilizavam-se 22 utentes (17,9%), na admissão 28 (22,8%) e na alta 52 utentes (42,3%).

Tabela 16 – Locomoção/caminhar na pré-admissão, admissão e alta

Principal Modo de Locomoção	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Caminhar, sem aparelho de suporte	98	55,3	59	48	32	26
Caminhar, usa aparelho de suporte	25	20,3	27	22	18	14,6
Cadeira de rodas, scooter eléctrica	8	6,5	9	7,3	21	17,1
Acamado	22	17,9	28	22,8	52	42,3

Segundo a Tabela 17 pode-se concluir que, no momento de admissão 91 utentes não se encontravam acamados o que se traduz em 74% da amostra comparativamente com 69 utentes, 56,1%, que se encontravam no mesmo estado na alta. Contudo, ainda relativamente ao estado de acamado, observa-se que no momento de admissão, 32 utentes, que reflectem 26% estavam acamados, o que contrasta com os 54 utentes, 43,9% que no momento da alta se encontravam nessa condição.

Tabelas 17 – Estado funcional – acamado na admissão e alta

Acamado	Admissão		Alta	
	N	Percentagem	N	Percentagem
Não	91	74,0%	69	56,1%
Sim	32	26,0%	54	43,9%

No que diz respeito ao auto desempenho das AIVDs e à capacidade para desempenhar algumas funções como preparação da refeição, tarefas domésticas, gerir finanças pessoais, gerir a medicação, uso do telefone, escadas, compras e utilização de transporte, nos dois momentos, pré-admissão e alta, surgem os valores expostos na Tabela 18.

Dos 39% (N:48) de utentes independentes na preparação das refeições na pré-admissão, apenas 22,8% (N:28) se manteve nessa condição, no momento da alta. Já os 30,1% (N:37) da amostra que se apresentavam dependentes na pré-admissão, aumentaram para 42,3% (N:52) na alta. Nas tarefas domésticas, na pré-admissão existiam 33,3% (N:41) de utentes independentes face aos 14,6% (N:18) na alta, embora neste último momento 39,8% (N:49) da amostra revelou não ser capaz de realizar essa actividade. Na gestão das finanças pessoais, na pré-admissão existiam 37,4% (N:46) independentes face aos 30,9% (N:38) da alta, embora tenha ocorrido um aumento significativo de utentes, desde a pré-admissão até à alta (de 13% para 31,7%), que não se sentiam capazes de realizar a tarefa. Na gestão da medicação, 37,4% (N:46) na pré-admissão mostravam-se independentes, na alta apenas 27,6% (N:34) se mantinha em iguais circunstâncias, enquanto como totalmente dependentes a percentagem nestes dois momentos oscilou de 34,1% (N:42) para 46,3% (N:57). Na utilização do telefone, dos 59,3% (N:73) de utentes independentes na pré-admissão apenas 47,2% (N:58) se mantinham nessa condição na alta, tendo-se observado um aumento de 18,7% (N:23) para 31,7% (N:39) que não se sentiam capazes de realizar a



actividade. Na utilização das escadas, 50,4% (N:62) eram independentes na pré-admissão e apenas 29,3% (N:36) se manteve com essas características no momento da alta tendo havido um aumento significativo no valor correspondente à não realização desta actividade (de 24,4% na pré-admissão para 51,2% na alta). Dos 41,5% (N:51) da amostra independentes nas compras no momento pré-admissão, mantiveram-se 4,9% (N:6) na alta, contudo houve um aumento de 57,7% de utentes que não se sentiram capazes de realizar esta tarefa no momento da alta. Por fim, no que diz respeito aos transportes se no momento da pré-admissão 39,8% (N:49) mostravam-se independentes, na alta apenas 21,1% (N:26) mantinham-se nestas condições, tendo havido um aumento significativo do número de utentes que não se sentiam capazes de realizar esta actividade de imediato após a alta, tendo o número aumentado de 29,3% (N:36) para 66,7% (N:82).

Tabela 18 – Valores do auto desempenho nas AIVDs e capacidade na pré-admissão e alta

AIVDs		Pré Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Preparação das Refeições	Independente	48	39	28	22,8
	Ajuda apenas na preparação	14	11,4	12	9,8
	Supervisão	3	2,4	5	4,1
	Assistência limitada	7	5,7	8	6,5
	Assistência alargada	7	5,7	4	3,3
	Assistência máxima	4	3,3	3	2,4
	Dependência Total	37	30,1	52	42,3
	Não houve actividade	3	2,4	11	8,9
Tarefas Domésticas	Independente	41	33,3	18	14,6
	Ajuda apenas na preparação	4	3,3	0	0
	Supervisão	3	2,4	4	3,3
	Assistência limitada	8	6,5	5	4,1
	Assistência alargada	6	4,9	1	0,8
	Assistência máxima	8	6,5	5	4,1
	Dependência Total	35	28,5	41	33,3
	Não houve actividade	18	14,6	49	39,8

AIVDs		Pré Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Gerir Finanças pessoais	Independente	46	37,4	38	30,9
	Ajuda apenas na preparação	1	0,8	0	0
	Supervisão	17	13,8	15	12,2
	Assistência limitada	5	4,1	2	1,6
	Assistência alargada	6	4,9	0	0
	Assistência máxima	6	4,9	1	0,8
	Dependência Total	26	21,1	28	22,8
	Não houve actividade	16	13,0	39	31,7
Gerir a Medicação	Independente	46	37,4	34	27,6
	Ajuda apenas na preparação	2	1,6	1	0,8
	Supervisão	16	13,0	18	14,6
	Assistência limitada	3	2,4	2	1,6
	Assistência alargada	5	4,1	3	2,4
	Assistência máxima	6	4,9	2	1,6
	Dependência Total	42	34,1	57	46,3
	Não houve actividade	3	2,4	6	4,9
Uso do Telefone	Independente	73	59,3	58	47,2
	Ajuda apenas na preparação	0	0	1	0,8
	Supervisão	11	8,9	6	4,9
	Assistência limitada	3	2,4	4	3,3
	Assistência alargada	2	1,6	2	1,6
	Assistência máxima	4	3,3	1	0,8
	Dependência Total	7	5,7	12	9,8
	Não houve actividade	23	18,7	39	31,7
Escadas	Independente	62	50,4	36	29,3
	Ajuda apenas na preparação	0	0	1	0,8
	Supervisão	11	8,9	11	8,9
	Assistência limitada	7	5,7	6	4,9
	Assistência alargada	4	3,3	2	1,6
	Assistência máxima	4	3,3	1	0,8
	Dependência Total	5	4,1	3	2,4
	Não houve actividade	30	24,4	63	51,2
Compras	Independente	51	41,5	6	4,9
	Ajuda apenas na preparação	1	0,8	0	0
	Supervisão	6	4,9	5	4,1
	Assistência limitada	8	6,5	1	0,8
	Assistência alargada	7	5,7	1	0,8
	Assistência máxima	7	5,7	2	1,6
	Dependência Total	7	5,7	1	0,8
	Não houve actividade	36	29,3	107	87,0

AIVDs		Pré Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Transporte	Independente	49	39,8	26	21,1
	Ajuda apenas na preparação	0	0	0	0
	Supervisão	10	8,1	2	1,6
	Assistência limitada	4	3,3	5	4,1
	Assistência alargada	4	3,3	0	0
	Assistência máxima	5	4,1	1	0,8
	Dependência Total	15	12,2	7	5,7
	Não houve actividade	36	29,3	82	66,7

Caracterizando o padrão continência urinária das unidades de análise, poderemos concluir segundo a Tabela 19 que, relativamente ao estado de continência, na pré-admissão existiam 88 utentes (71,5%), na admissão 74 utentes (60,2%) e na alta 60 utentes (48,8%). No que diz respeito ao item controlo com cateter ou ostomia, existia na pré-admissão 9 utentes (7,3%), na admissão 12 utentes (9,8%) e na alta 15 utentes (12,2%). Realça-se, os resultados relativos ao estado de incontinência que na pré-admissão eram de 16 utentes (13%), na admissão 19 utentes (15,4%) e na alta de 33 utentes (26,8%).

Tabela 19 – Continência urinária na pré-admissão, admissão e alta

Continência Urinária	Pré-admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Continente	88	71,5	74	60,2	60	48,8
Controlo com cateter ou ostomia	9	7,3	12	9,8	15	12,2
Raramente Incontinente	4	3,3	12	9,8	8	6,5
Algumas Vezes Incontinente	2	1,6	1	0,8	2	1,6
Frequentemente Incontinente	4	3,3	5	4,1	5	4,1
Incontinente	16	13,0	19	15,4	33	26,8
Não aconteceu	0	0	0	0	0	0

Ao analisar o tipo de aparelho usado para a recolha da urina, a Tabela 20 mostra que na pré-admissão, 108 utentes (87,8%) não usavam nenhum aparelho para recolha de urina, na admissão 105 utentes (85,4%) e na alta apenas 80 utentes (65%) se encontravam em

semelhante situação. Relativamente à existência de cateter vesical de forma permanente, na pré-admissão existiam 12 utentes (9,8%), na admissão 16 utentes (13%) e na alta constata-se a existência de 31 utentes, o que corresponde a 25,2% do total da amostra.

Tabela 20 – Aparelho de recolha de urina na pré-admissão, admissão e alta

Aparelho Recolha da Urina	Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Nenhum	108	87,8	105	85,4	80	65
Preservativo de Urina	3	2,4	2	1,6	11	8,9
Cateter permanente	12	9,8	16	13,0	31	25,2
Cistostomia,nefrostomia,ureterostomia	0	0	0	0	1	0,8

Relativamente ao padrão intestinal e no que se refere à continência fecal, pela Tabela 21 constata-se que na pré-admissão existiam 92 utentes (74,8%) continentes, na admissão 76 utentes (61,8%) e na alta 65 utentes (52,8%). Ao analisar o estado de incontinência fecal nos três momentos, observa-se que na pré-admissão existiam 21 utentes (17,1%), na admissão 22 utentes (17,9%) e na alta 33 utentes, o que equivale a 26,8% do total da amostra.

Tabela 21 – Continência fecal na pré-admissão, admissão e alta

Continência Fecal	Pré-admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Contigente	92	74,8	76	61,8	65	52,8
Controlo com ostomia	0	0	1	0,8	4	3,3
Raramente Incontinente	1	0,8	4	3,3	5	4,1
Algumas Vezes Incontinente	3	2,4	2	1,6	0	0
Frequentemente Incontinente	5	4,1	4	3,3	3	2,4
Incontinente	21	17,1	22	17,9	33	26,8
Não aconteceu	1	0,8	14	11,4	13	10,6

Observando a Tabela 22, os resultados referentes ao uso de pensos ou fraldas evidenciam que os utentes que não usavam fralda na pré-admissão eram 89 (72,4%), na admissão 77 (62,6%) e na alta 60 (48,8%). A utilizar fralda ou penso existiam na pré-admissão um total

de 34 utentes (27,6%), na admissão 46 utentes (37,4%) e na alta 63 utentes (51,2%).

Tabela 22 – Uso de pensos, fraldas na pré-admissão, admissão e alta

Uso de Pensos e Fraldas	Pré-Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Não	89	72,4	77	62,6	60	48,8
Sim	34	27,6	46	37,4	63	51,2

No que diz respeito às condições de saúde dos utentes da amostra do estudo, procedeu-se de seguida à análise das quedas do utente até ao momento de admissão, quedas recentes, sintoma de dor analisando também a sua persistência, existência actual ou anterior de úlcera de pressão e o seu risco de aquisição.

Quanto à ocorrência de quedas até ao momento de admissão, 83 utentes referiram nenhuma queda nos últimos 90 dias, o que corresponde a 67,5%, enquanto que 26 utentes caíram entre 31 a 90 dias anteriores à admissão, o que corresponde a 21,1% do total das unidades da amostra.

Tabela 23 – Quedas do utente até ao momento de admissão

Quedas do Utente na Admissão	N	%
Nenhuma queda nos últimos 90 dias	83	67,5
Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias	26	21,1
Uma queda nos últimos 30 dias	10	8,1
Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias	4	3,3

De salientar que desde o início da recolha de dados, nenhum utente caiu durante o seu internamento.

Relativamente à dor e sua persistência, pode-se observar na Tabela 24 que na pré-admissão, 99 utentes (80,5%) não apresentavam dor, nesta condição na admissão existiam 25 utentes (20,3%) e na alta mantinham-se os 25 utentes (20,3%). No que se refere à presença de dor constante, na pré-admissão existiam apenas 2 utentes (1,6%) com essa sintomatologia, na admissão 76 utentes (61,8%) e na alta 10 utentes (8,1%).

Tabela 24 – Sintomas de dor. Persistência da dor na pré-admissão, admissão e alta

Sintomas de dor – Persistência da dor	Pré-Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%
Sem dor	99	80,5	25	20,3	25	20,3
Único episódio nos últimos 3 dias/24h	12	9,8	4	3,3	27	22,0
Intermitente	10	8,1	18	14,6	61	49,6
Constante	2	1,6	76	61,8	10	8,1

Segundo a Tabela 25, pode-se concluir que na admissão 84 utentes (68,3%) não possuíam nenhuma úlcera de pressão e este número desceu para 60 utentes (48,8%) no momento da alta hospitalar. Com qualquer área com vermelhidão persistente na pele, na admissão existiam apenas 17 utentes (13,8%) e na alta 28 utentes (22,8%).

Tabela 25 – Úlcera de pressão mais grave na admissão e alta

Úlcera de pressão mais grave	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Nenhuma úlcera de pressão	84	68,3	60	48,8
Qualquer área com vermelhidão persistente na pele	17	13,8	28	22,8
Perda parcial de camadas de pele	16	13,0	18	14,6
Lesões profundas na pele	5	4,1	13	10,6
Fissuras na pele, expondo músculo ou osso	1	0,8	3	2,4
Não codificável, ex: escara predominante	0	0	1	0,8

No que diz respeito à anterior existência de úlcera de pressão, no momento da pré-admissão 75 utentes, 61% da amostra, indicaram a não existência face aos 48 utentes (39%) que confirmaram que tiveram já uma ou mais úlceras de pressão.

Tabela 26 – Anterior úlcera de pressão na pré-admissão

	N	Percentagem
Não	75	61,0%
Sim	48	39,0%

Segundo a Tabela 27, observam-se dentro da classe alto risco de *Braden*, na admissão 40 utentes (32,5%) e na alta 64 utentes (52%), ou seja um aumento. Com baixo risco, na

admissão contabilizam-se 83 utentes (67,5%) e na alta 59 utentes (48%), logo uma diminuição.

Tabela 27 – Risco de úlcera de pressão na admissão e alta

Risco de úlcera de pressão	Admissão		Alta	
	N	%	N	%
Alto Risco – valor braden até ou igual a 16	40	32,5	64	52
Baixo Risco – valor braden igual ou acima de 17	83	67,5	59	48

Se se efectuar a diferença entre o risco de aquisição de úlcera de pressão entre a alta e a admissão, obtemos os dados expostos na Tabela 28, que demonstram que 80,5% (N:99) da amostra, não transitou de classe de risco e 19,5% (N:24) possuía na admissão uma classe de risco mais elevada do que na alta, logo melhorou quanto a esta variável, com o internamento.

Tabela 28 – Diferença entre o risco de aquisição de úlcera de pressão na alta e na admissão

	N	Percentagem
Na admissão possuía uma classe de risco mais elevada do que na alta	24	19,5
Não transitou de classe de risco entre a admissão e a alta	99	80,5

Segundo a tabela abaixo apresentada, constata-se que 59,3% (N:73) da amostra, após a alta hospitalar, regressa para sua casa (na admissão esta proveniência era de 76,4%), respectivamente 18,7% (N:23) da amostra tanto na admissão como na alta, provêm e regressam ao lar e observa-se que 13% dos elementos da amostra faleceram, o que corresponde a 16 utentes.

Tabela 29 – Local para onde o utente foi enviado após a alta

Destino do utente após alta:	N	Percentagem
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	73	59,3%
Lar	23	18,7%
Assistência domiciliar ou semi-independente	3	2,4%
Unidade de cuidados continuados	4	3,3%
Outro	4	3,3%
Falecido	16	13,0%

Posteriormente à análise dos resultados obtidos pelo formulário InterRai, aplicado ao utente internado, apresentamos os dados que advêm da aplicação do questionário, que avaliou o ambiente onde as práticas de enfermagem são realizadas (PES-NWI). Esta fonte de dados foi aplicada nos serviços de medicina e cirurgia do CHBV, aos enfermeiros da equipa que cuidaram dos utentes pertencentes à amostra do estudo.

Segue-se assim, os dados que caracterizam a equipa prestadora de cuidados de enfermagem, no que diz respeito às variáveis idade, género, anos de curso e serviço onde realizam funções. Pela observação da Tabela 30, pode-se afirmar que a classe de idade mais prevalente é a de 22 a 32 anos, com 63,3% dos enfermeiros (N:38), a média da idade é de 33,6 com desvio padrão de 8,2 anos. A maior parte da amostra, 50 enfermeiros, pertence ao género feminino (83,3%). De três a treze anos de curso, existem na amostra, 45 enfermeiros (75%). Esta variável possui um valor de média de 9,8 anos. Todos os enfermeiros que preencheram o questionário pertencem aos serviços de cirurgia e medicina do CHBV e no que se refere ao preenchimento, obtiveram-se 23 questionários preenchidos do Serviço de Cirurgia (Mulheres/Homens), o que corresponde a 38,3%, 18 do Serviço de Medicina II (30%), 13 do Serviço de Medicina I, ou seja 21,7%, e apenas seis do Serviço de Medicina III (10%).



Tabela 30 – Dados relativos aos enfermeiros prestadores de cuidados nos serviços de medicina e cirurgia

Variável	Valor	N	%
<u>Idade</u>	[22-32]	38	63,3%
	[33-43]	11	18,3%
	[44-54]	10	16,7%
	[55-65]	1	1,7%
	Média: 33,6; Desvio Padrão: 8,2		
<u>Género</u>	Feminino	50	83,3%
	Masculino	10	16,7%
<u>Anos de Curso</u>	[3-13]	45	75%
	[14-24]	11	18,3%
	[25-35]	4	6,7%
	Média: 9,8; Desvio Padrão: 7,5		
<u>Serviço onde prestam cuidados</u>	Medicina I	13	21,7%
	Medicina II	18	30%
	Medicina III	6	10%
	Cirurgia	23	38,3%

No que se refere aos itens analisados através da aplicação do PES-NWI, seguiu-se o conselho de Amaral, Ferreira e Lake (2012) optando-se por inverter as pontuações para que o maior valor correspondesse a um maior acordo. Lake (2002) citado por Amaral, Ferreira e Lake (2012) propõe que sejam utilizadas as médias obtidas em cada resposta, para que 2,5 corresponda ao ponto médio da escala de 1 a 4, evitando assim a complexidade da análise. Considera-se assim que 2,5 corresponde ao valor a partir do qual o ambiente das práticas se torna favorável.

Para realizar uma análise global do ambiente das práticas, procedeu-se ao cálculo das médias em todos os itens que constituem o questionário PES-NWI, realizou-se a soma total destes valores e calculou-se a média final, sendo esta designada pela média das médias. Assim, segundo a Tabela 31 conclui-se que, 2,4 é a média global do ambiente das práticas existente nos serviços onde este estudo se realizou, o que corresponde a um valor abaixo do ponto considerado como ambiente favorável.

Tabela 31 – Média das médias dos itens do questionário PES-NWI

Itens do questionário PSE-NWI	Soma das médias	Média das Médias
I a 31	75,2	2,4

A Tabela 32 revela as médias obtidas em cada pergunta do questionário PES-NWI. Relativamente à ‘Participação nas políticas do hospital’, os resultados obtidos, revelam que das nove afirmações que constituem esta sub-escala, apenas duas (afirmação 11 e 27) se encontram abaixo do valor médio 2,5, pelo que se conclui que em 77,8% das afirmações, existe concordância. Face aos ‘Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados’, visualiza-se que à excepção da afirmação 25, todas as restantes afirmações se encontram abaixo do ponto médio 2,5, o que significa que face a esta sub-escala, existe 90% de discordância. No que diz respeito à ‘Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros’, das cinco afirmações, existem duas (10 e 20) cuja média não alcançou os 2,5, pelo que as restantes (60%) indicam concordância. Compreende-se que das quatro afirmações que constituem a sub-escala ‘Adequação de recursos humanos e materiais’, apenas uma (8), revela um discreto grau de discordância, no entanto as restantes indicam, segundo os seus valores de média, 75% de concordância. Por fim, consegue-se observar que das três afirmações que constituem a sub-escala ‘Relações colegiais entre enfermeiros e médicos’, todas as médias encontram-se abaixo do valor médio, o que revela 100% de discordância.

Tabela 32 – Médias referentes às perguntas que pertencem às sub-escalas do PES-NWI

Sub-Escala do PES-NWI	Perguntas que a constituem	Média
<u>Participação nas políticas do hospital</u>	5	3,18
	6	3,00
	11	2,27
	15	2,72
	17	3,25
	21	2,68
	23	2,52
	27	2,10
<u>Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados</u>	28	2,75
	4	1,97
	14	2,00
	18	2,25
	19	1,83
	22	2,45
	25	3,05
	26	2,00
	29	1,87
30	1,98	
<u>Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros</u>	31	1,70
	3	2,77
	7	2,63
	10	1,95
<u>Adequação de recursos humanos e materiais</u>	13	2,65
	20	1,88
	1	2,58
	8	2,43
<u>Relações colegiais entre enfermeiros e médicos</u>	9	2,93
	12	2,90
	2	2,23
	16	2,42
	24	2,30

Em suma, pelos resultados obtidos, apenas existe discordância nos ‘Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados’ e nas ‘Relações colegiais entre enfermeiros e médicos’. Os resultados mostram concordâncias nas restantes sub-escalas, ‘Participação nas políticas do hospital’, ‘Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros’ e na ‘Adequação de recursos humanos e materiais’.

## 5.2 – Ganhos em estado funcional

Após a anterior análise descritiva de cada variável, relativa ao estado funcional, nos três momentos de avaliação, procedeu-se à soma dos valores obtidos nos momentos de pré-

admissão, admissão e alta, no que se refere ao auto desempenho nas AVDs (1) e locomoção/caminhar (2). Foram excluídos desta estratégia de análise, a alínea a) “tomar banho”, do item 1 e a alínea b) “caminhada de 4 metros temporizada”, do item 2, por não possuírem valores atribuíveis nos três momentos de avaliação. Assim, obtiveram-se os resultados explanados na Tabela 33, onde se denota um valor médio de 22,4 na pré-admissão, uma média de 23,9 na admissão e uma média de 27 na alta. Logo houve um aumento de 1,5 valores desde a pré-admissão e a admissão, e uma diferença de 3,11 valores entre a admissão e a alta, o que representa um agravamento do estado funcional entre estes dois momentos.

Tabela 33 – Médias da soma dos itens do estado funcional nas AVDs na pré-admissão, admissão e alta

		Estado Funcional AVDs Pré-admissão	Estado Funcional AVDs Admissão	Estado Funcional AVDs Alta
N	Valid	123	120	121
	Missing	0	3	2
Média		22,4	23,9	27

Nota: Considerados “Missing” os casos em que não ocorreu a actividade

À semelhança do que ocorreu para as AVDs, no auto desempenho das AIVDs e capacidade, que também pertencem ao estado funcional, procedeu-se igualmente à soma de todos os resultados obtidos na pré-admissão e alta (uma vez que no instrumento não está contemplado a avaliação na admissão), obteve-se a média em ambos os momentos, que na pré-admissão era de 25,1 valores e na alta era de 40,8 valores, logo com uma diferença de evolução de 15,6 valores, o que reforça o agravamento desta variável entre a pré-admissão e a alta.

Tabela 34 – Médias da soma dos itens do estado funcional nas AIVDs na pré-admissão e alta

		Estado Funcional AIVDs Pré-admissão	Estado Funcional AIVDs Alta
N	Valid	121	115
	Missing	2	8
Média		25,1	40,8

Nota: Considerados “Missing” os casos em que não ocorreu a actividade

De modo a verificar a Hipótese I - “É significativa a diferença do estado funcional dos doentes entre a pré-admissão, admissão e alta”, inicialmente analisamos se entre os serviços existiam diferenças significativas no estado funcional nos três momentos (pré-admissão, admissão e alta), com a aplicação do teste *One-Way Anova*. Posteriormente pesquisamos, se entre os três momentos, de uma forma global, existiam diferenças significativas do estado funcional, utilizando para isso o teste *Paired-Samples T*.

Ao pretendermos analisar se entre os serviços existiam diferenças díspares, relativas ao estado funcional nos três momentos, o teste aplicado demonstra não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os valores do estado funcional entre os serviços, como se observa na Tabela 35.

Tabela 35 – Teste *One-Way Anova* ao estado funcional nos momentos pré-admissão, admissão e alta

Estado Funcional		df	f	Sig.
Pré-admissão	Between Groups	3	2,23	,088
	Within Groups	119		
	Total	122		
Admissão	Between Groups	3	1,77	,156
	Within Groups	116		
	Total	119		
Alta	Between Groups	3	,95	,419
	Within Groups	117		
	Total	120		

Para verificar se a diferença de médias do estado funcional, entre a 'admissão e alta' e entre a 'pré-admissão e alta' é significativa, realizamos um *Paired-Samples T test*, em dois momentos distintos. Consideramos estas duas análises separadas, pois pretendíamos analisar, em qual destas duas situações (admissão/alta ou pré-admissão/alta) se observavam valores mais discrepantes. Consideram-se inicialmente as seguintes hipóteses:

H0: as médias entre a admissão e a alta são iguais

H1: as médias entre a admissão e a alta são diferentes

Tendo em conta, que foram apenas considerados 118 utentes da amostra, pois nos restantes 5 casos a quem foram atribuídos o valor 8 (não houve actividade), são considerados valores "missing" conclui-se pela Tabela 36, que o estado funcional na admissão apresenta uma média de 24,2 e um desvio padrão de 17,1 enquanto que no momento de alta a média é de 27,5 valores e desvio padrão de 18,7. Portanto, houve uma subida do valor da média entre a admissão e a alta, o que traduz um agravamento no estado funcional. Observa-se pela mesma tabela, que a diferença entre a média do estado funcional na alta e a média do estado funcional na admissão é de -3,34. O resultado do teste aplicado é  $t = -3,3$  ( $p = 0,001$ ), o qual nos leva a concluir que, a diferença entre as médias na admissão e na alta é estatisticamente significativa, pelo que, se pode rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa, afirmando que o estado funcional agrava desde a admissão até à alta.

Tabela 36 – Valores do estado funcional na admissão e alta com a aplicação do *Paired-Samples T test*

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Estado Funcional Admissão	24,2	118	17,1	1,58
Estado Funcional Alta	27,5	118	18,7	1,72
		t	Sig. (2-Tailed)	
Estado Funcional Admissão – Estado Funcional Alta	-3,34	-3,3	,001	

Procedendo-se de igual forma, para a análise das médias nos momentos de pré-admissão e alta, colocam-se as seguintes hipóteses:

H0: as médias entre a pré-admissão e a alta são iguais

H1: as médias entre a pré-admissão e a alta são diferentes

Considerados apenas 121 utentes da amostra (restantes 2 casos a quem foram atribuídos o valor '8-não houve actividade', são considerados valores "missing"), surge a Tabela 37 que indica que o estado funcional na pré-admissão apresenta uma média de 22,6 e um desvio padrão de 15,6, enquanto que no momento de alta a média é de 27 e desvio padrão de 18,7. A diferença entre a média do estado funcional na alta e a média do estado funcional na pré-admissão é de -4,44. O resultado do teste aplicado é  $t = -4,6$  ( $p = 0,000$ ), o qual nos leva a concluir que, a diferença entre as médias na pré-admissão e na alta é extremamente significativa, pelo que, se pode rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa, afirmando que o estado funcional agrava desde a pré-admissão até à alta.

Tabela 37 – Valores do estado funcional na pré-admissão e alta com a aplicação do *Paired-Samples T test*

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Estado Funcional Pré-admissão	22,6	121	15,6	1,4
Estado Funcional Alta	27	121	18,7	1,7
		t	Sig. (2-Tailed)	
Estado Funcional Pré-Admissão – Estado Funcional Alta	-4,44	-4,6	,000	

Em suma, da análise descritiva, constatou-se existir agravamento do estado funcional tanto nas AVDs como nas AIVDs, desde o momento da pré-admissão até ao momento da alta. Estatisticamente por serviço, verificamos não existirem diferenças significativas do estado funcional, nos três momentos. Da análise global, comparativa entre os três momentos, constatou-se que entre a admissão e alta a diferença de médias era de 3,34 valores ( $p = 0,001$ ) e entre a pré-admissão e alta essa diferença era de 4,44 valores ( $p = 0,000$ ). Logo, a diferença é mais significativa entre a pré-admissão e a alta do que entre a admissão e a alta, relativamente ao estado funcional, o que revela um agravamento do estado funcional causado pelo internamento.

Já Doran, et al. (2006) tinham referido que o estado funcional é uma variável relacionada com as práticas de enfermagem. Serra (2005) indicou que a hospitalização pode causar agudização da sintomatologia na admissão assim como maior sedentarismo e imobilidade. Estes resultados, vêm confirmar que não só, é significativa a diferença entre as médias nos três momentos de observação, como o maior contraste de valores surge entre a pré-admissão e a alta, não havendo no entanto diferenças entre os serviços.



### 5.3 – Ganhos em estado cognitivo

Relativamente à Hipótese 2 – “Existe uma diferença no estado cognitivo dos doentes entre a admissão e a alta”, procedeu-se à soma dos resultados obtidos para todas as questões relacionadas com a variável cognitiva na admissão e a alta, calculou-se as respectivas médias e através da aplicação de um teste *Paired-Samples T*, analisou-se se existia uma diferença significativa no estado cognitivo nestes dois momentos. Por fim, analisou-se se entre os serviços existiam diferenças significativas, relativas ao estado cognitivo, com a realização de um teste *One-Way Anova*.

Estipulam-se assim as seguintes hipóteses:

H0: as médias entre a admissão e a alta são iguais

H1: as médias entre a admissão e a alta são diferentes

Pela Tabela 38, observa-se que foram considerados todos os utentes da amostra (123), que o estado cognitivo na admissão apresenta uma média de 4,7 e um desvio padrão de 4,5, enquanto que no momento de alta a média é de 6,8 e o desvio padrão de 5,5. Observando a evolução das médias desde a admissão (4,7) até à alta (6,8), afirma-se que houve um aumento de 2,1, logo um agravamento do estado cognitivo dos utentes. Pela aplicação do teste estatístico escolhido, observamos uma diferença de médias de -2,11, um resultado de  $t = -6,52$  ( $p=0,000$ ), pelo que, pode-se rejeitar a hipótese nula e considerar que as médias são significativamente diferentes, mostrando existir uma deterioração do estado cognitivo, entre o início e o fim do internamento.

Tabela 38 – Valores da cognição na admissão e alta com a aplicação do *Paired-Samples T test*

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Cognição Admissão	4,7	123	4,5	,41
Cognição Alta	6,8	123	5,5	,50
		t	Sig. (2-Tailed)	
Cognição Admissão – Cognição Alta	-2,11	-6,52	,000	

Ao averiguarmos se entre os serviços existiam diferenças significativas no estado cognitivo nos dois momentos (admissão e alta), realizamos o teste *One-Way Anova* que segundo a Tabela 39, indica existirem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,001$ ) no momento da admissão, enquanto que no momento da alta são inexistentes.

Tabela 39 – Teste *One-Way Anova* ao estado cognitivo nos momentos admissão e alta

Estado Cognitivo		df	f	Sig.
Admissão	Between Groups	3	5,864	,001
	Within Groups	119		
	Total	122		
Alta	Between Groups	3	,570	,636
	Within Groups	119		
	Total	122		

Conclui-se assim, que existe estatisticamente uma diferença significativa no estado cognitivo dos doentes entre a admissão e a alta, mostrando ser uma evolução no sentido do agravamento do estado cognitivo do doente internado desde a sua admissão até à alta clínica. Estatisticamente entre os serviços, existe apenas diferença no estado cognitivo, no momento da admissão.

Já Teixeira, et al. (2005) tinham referido que perante alterações do estado cognitivo, existe maior probabilidade de surgir respostas fisiológicas alteradas nas AVDs. Doran, et al. (2006) indicaram que o estado cognitivo pode condicionar as práticas de enfermagem e

Serra (2005) referiu que a hospitalização altera o estado cognitivo do doente, principalmente se for um primeiro episódio de internamento. Nesta smula de indicações sobre esta variável, os resultados deste estudo comprovam que efectivamente surge uma deterioração da cognição com a hospitalização.

#### 5.4 – Ganhos em risco de úlcera de pressão

No que toca à Hipótese 3 – “Existe relação entre o risco de úlcera de pressão na admissão e a ocorrência de úlcera de pressão no internamento”, optou-se pela realização do teste *Qui-Quadrado*, uma vez que pretende-se testar a associação entre estas duas variáveis sem que se avalie o sentido dessa relação.

Na Tabela 40, observa-se os casos observados relativamente ao risco de aquisição de úlcera de pressão apresentado na admissão, face  presença de úlcera de pressão no momento da alta. Pela leitura da tabela em causa, 19 utentes que apresentavam alto risco de braden na admissão não adquiriram nenhuma úlcera de pressão até à alta, houve 11 utentes que apresentavam alto risco de braden na admissão e na alta revelavam área com vermelhidão persistente na pele, 41 utentes com baixo risco de braden na admissão não adquiriram nenhum úlcera de pressão na alta e 17 que apresentavam na admissão um baixo risco de úlcera de pressão, na alta tinham qualquer área com vermelhidão persistente na pele. Cinco utentes com alto risco de braden na admissão ficaram com perda parcial de camadas de pele e outros cinco com igual risco adquiriram lesões profundas na pele ou fissuras neste rgo.

Tabela 40 – Relação entre: Úlcera de pressão mais grave na alta e Risco de úlcera de pressão na admissão

		Risco de úlcera de pressão. Admissão		Total
		Alto Risco Braden 6 a 16	Baixo Risco Braden 17 a 23	
Úlcera de pressão mais grave. Alta				
Nenhuma úlcera de pressão	Count	19	41	60
Qualquer área com vermelhidão persistente na pele	Count	11	17	28
Perda parcial de camadas de pele	Count	5	13	18
Lesões profundas na pele e Fissuras na pele, expondo músculo ou osso	Count	5	11	16
Total	Count	40	82	122

Nota: Na realização deste teste não foi considerado o único utente a quem foi detectado uma escara predominante na alta que apresentava alto risco de braden na admissão. Para facilitar a realização do mesmo, optou-se por aglutinar os casos com 'lesões profundas na pele' e 'fissuras na pele, expondo músculo ou osso'.

Pela Tabela 41, conclui-se que não existe uma relação entre a variável úlcera de pressão mais grave na alta e o risco de úlcera de pressão na admissão, pelo que, não se confirma a veracidade da Hipótese 3.

Tabela 41 – *Chi-Square Tests*: Úlcera de pressão mais grave na alta e Risco de úlcera de pressão na admissão

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,793(a)	3	,851
N of Valid Cases	122		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,25

Pelos resultados estatísticos acima apresentados, comprova-se que existiram doentes neste estudo, que entraram sem úlceras de pressão e com risco calculado de aquisição de úlcera de pressão e que na alta, acabam por possuir alterações dérmicas relevantes, contudo não é estatisticamente significativa a relação entre as duas variáveis, não sendo

possível confirmar que em utentes com risco de desenvolvimento de úlcera de pressão na alta, adquirem uma úlcera de pressão com o internamento. Rocha, Miranda e Andrade (2006) afirmam que as úlceras de pressão aumentam os custos em saúde assim como o risco de morte, aumentando o tempo de internamento do doente. Doran, et al. (2003) afirmam que são os enfermeiros, os responsáveis pela monitorização e prevenção das alterações da pele. Acreditamos que a idade média dos doentes do estudo (70,7), o tempo médio de internamento (12,2 dias) e o tempo que permanecem no SU a aguardar internamento (43,9% da amostra permaneceu no SU, 24 a 48 horas) possam interferir nos resultados, não desculpabilizando no entanto, a responsabilidade da vigilância da evolução do estado da pele, atribuída aos enfermeiros.

#### 5.5 – Relação entre ambiente das práticas e estado funcional

Na verificação de uma das hipóteses anteriores (H1), concluiu-se que não existiam diferenças significativas do estado funcional dos doentes entre os serviços e de facto, mesmo criando uma variável designada por ‘estado funcional da alta menos o estado funcional da admissão’ e aplicando nesta, um teste *One-Way Anova*, constata-se de que estatisticamente não existem diferenças significativas entre os serviços, como comprova a Tabela 42.

Tabela 42 – Teste *One-Way Anova* ao ‘estado funcional da alta menos o estado funcional da admissão’

Estado funcional		df	f	Sig.
Alta-Admissão	Between Groups	3	,833	,478
	Within Groups	114		
	Total	117		

Relativamente ao ambiente das práticas, efectuou-se o cálculo da média total do questionário PES-NWI para cada serviço e segundo a Tabela 43 observa-se que de forma

global todas as médias obtidas estão abaixo do valor de referência 2,5 valores (a partir do qual se considera o ambiente favorável). Conclui-se que, todos os ambientes de práticas são desfavoráveis, no entanto o ambiente do Serviço de Cirurgia (Homens e Mulheres) ainda é o menos desfavorável e o do Serviço de Medicina III o mais desfavorável.

Tabela 43 – Média do PSE-NWI nos serviços de medicina e cirurgia

Enfermaria	Média do PSE-NWI
Medicina I	2,41
Medicina II	2,40
Medicina III	2,38
Cirurgia	2,45

Ao não ser encontrada diferença estatisticamente significativa, no estado funcional total dos doentes, entre os serviços, e estes possuírem todos índices muito próximos de ambiente das práticas, a tentativa de estabelecer qualquer tipo de relação estatística, entre estas duas variáveis, fica comprometida.

Perante esta constatação, fomos averiguar de que forma as sub-escalas do questionário PES-NWI se relacionam entre si, para tentarmos perceber quais as sub-escalas que podem influenciar mais ou menos o ambiente das práticas. Estabeleceu-se assim, uma correlação que nos é apresentada pela Tabela 44. De uma forma simplificada observamos uma tabela, cujos itens 1,2,3,4 e 5 (descritos em nota) que representam as sub-escalas do PES-NWI, entre si, revelam a existência ou não de uma relação que pode comprometer o ambiente de práticas. Neste prisma, constata-se que a sub-escala 'Participação nas políticas do hospital' (1) tem uma relação extremamente significativa ( $p=0,000$ ) com a sub-escala 'Capacidade de gestão liderança e de apoio dos enfermeiros' (3), existe relação significativa ( $p \geq 0,005$ ) entre a sub-escala 'Participação nas políticas do hospital' (1) e

‘Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados’ (2) e esta última com a sub-escala ‘Capacidade de gestão liderança e de apoio dos enfermeiros’ (3). As sub-escalas que não estabelecem qualquer tipo de relação com as restantes do questionário, e por isso, não interferem no ambiente de práticas de cuidados, são respectivamente as sub-escalas ‘Adequação de recursos humanos e materiais’ (4) e ‘Relações colegiais entre enfermeiros e médicos’ (5)

Tabela 44 – Correlação entre as sub-escalas do PES-NWI

		1	2	3	4	5	total
1	Pearson Correlation	1	,357**	,549**	,230	,124	,828**
	Sig. (2-tailed)		,005	,000	,077	,344	,000
	N	60	60	60	60	60	60
2	Pearson Correlation	,357**	1	,345**	,220	,245	,727**
	Sig. (2-tailed)	,005		,007	,091	,059	,000
	N	60	60	60	60	60	60
3	Pearson Correlation	,549**	,345**	1	,035	,189	,705**
	Sig. (2-tailed)	,000	,007		,790	,149	,000
	N	60	60	60	60	60	60
4	Pearson Correlation	,230	,220	,035	1	-,094	,391**
	Sig. (2-tailed)	,077	,091	,790		,475	,002
	N	60	60	60	60	60	60
5	Pearson Correlation	,124	,245	,189	-,094	1	,351**
	Sig. (2-tailed)	,344	,059	,149	,475		,006
	N	60	60	60	60	60	60
Total	Pearson Correlation	,828**	,727**	,705**	,391**	,351**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,002	,006	
	N	60	60	60	60	60	60

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nota: 1 - Participação nas Políticas do Hospital; 2 – Fundamentos da Enfermagem para a Qualidade de Cuidados; 3 – Capacidade de Gestão Liderança e de Apoio dos Enfermeiros; 4 – Adequação de Recursos Humanos e Materiais; 5 – Relações Colegiais entre Enfermeiros e Médicos.

Alguns autores referem que melhores ambientes de práticas promovem melhores cuidados e conseqüentemente melhores resultados no doente (Baumann, 2007; Pacheco e Jesus, 2007). Ao longo deste capítulo, temos verificado que os resultados das práticas no doente hospitalizado, não são os desejáveis e analisando os dados relativos à avaliação

do ambiente das práticas, verificou-se de que nenhum dos ambientes chega a ser favorável. Frederico (2005) concluiu, que o empenhamento organizacional não está significativamente relacionado com os diferentes modelos de gestão de cada serviço, no entanto indicou que o apoio organizacional influencia o envolvimento dos enfermeiros nas suas práticas, promovendo um aumento do índice de motivação, podendo este conduzir a melhores resultados. O estudo de Loureiro, Ferreira e Duarte (2008) vai de encontro aos resultados aqui encontrados, onde 80% estava satisfeito com a supervisão e liderança em enfermagem. Também Rosa e Oliveira (2004) indicavam que os enfermeiros gostam do que fazem e acreditam que promovem uma boa qualidade dos serviços prestados. Pacheco e Jesus (2007) apesar de defenderem que as relações entre trabalhadores são importantes para o desempenho, contudo valorizam mais a pressão no trabalho e a falta de supervisão. Tal como Lake (2002) verificou, também se comprovou neste estudo, existir relações estatisticamente significativas entre as sub-escalas do PES-NWI, no entanto também se confirmou que as relações entre as duas classes profissionais, enfermeiro e médico, não são um dos principais factores que influencia o ambiente das práticas.





## Capítulo 6 – Discussão e Conclusão

O estudo em causa pretendia conhecer os resultados das práticas de enfermagem em doentes internados e para isso, com a aplicação do formulário InterRai em 123 doentes internados, obtiveram-se dados que permitiram globalmente concluir que a hospitalização promove alterações bruscas e negativas no doente, no que diz respeito aos resultados sensíveis às práticas de enfermagem.

Pela análise descritiva dos dados obtidos, verificou-se que as capacidades cognitivas do doente agravam com o internamento, tendo sido calculada a média total deste item na admissão e na alta, sendo respectivamente 4,7 e 6,8, mostrando assim uma clara deterioração do estado cognitivo do doente com o internamento.

No que diz respeito ao estado funcional nas AVDs, o estudo revelou uma média de 22,4 na pré-admissão, de 23,9 na admissão e de 27 na alta, o que indica um agravamento do estado funcional do doente com a hospitalização. O valor de média do estado funcional nas AIVDs da pré-admissão para a alta teve um aumento de 25,2 para 40,8, mostrando igualmente um agravamento. Curioso será destacar, que os dados relacionados com a presença de aparelho de recolha de urina (cateter vesical permanente) mostram que na pré-admissão eram 9,8% dos utentes da amostra, na admissão 13% e na alta 25,2%. Também a utilização de fralda no doente internado aumentou de 46 utentes para 63 utentes entre a admissão e a alta. No que diz respeito ao risco de úlcera de pressão, com alto risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, na admissão existiam 40 utentes e na alta 64 utentes, o que revela um aumento. No entanto com baixo risco, na admissão eram 83 utentes e na alta 59, o que indica uma melhoria nesta classe de risco.

Com a aplicação de testes estatísticos às hipóteses consideradas inicialmente neste estudo, concluiu-se que a diferença do estado funcional no momento da pré-admissão e na alta é mais significativa do que entre o momento da admissão e da alta, o que revela um agravamento do estado funcional causado pelo internamento, conclusão semelhante à encontrada no estudo de Sousa, et al. (2002) e reforçada pela opinião de Doran, et al. (2006). No entanto, entre os serviços, não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente a esta variável.

Em relação ao estado cognitivo dos doentes, a análise estatística também demonstrou que existe uma diferença significativa desta variável entre a admissão e a alta, mostrando ser uma evolução no sentido do agravamento do estado cognitivo do doente internado desde a sua admissão até à sua alta. Na análise estatística, comparativa entre os serviços, apenas existe uma diferença significativa no momento da admissão. Achamos no entanto, que esta conclusão não deverá ser valorizada de forma isolada pois existem factores que não foram no estudo relacionados com o estado cognitivo e que poderão interferir nos resultados, nomeadamente a idade do doente, presença de sintomatologia depressiva de forma crónica e os efeitos psicológicos da hospitalização. Opinião também sustentada por Teixeira, et al. (2005) e Doran, et al. (2006).

No que toca à presença de úlceras de pressão, não se comprovou existir uma relação entre o risco de úlcera de pressão na admissão e a existência de úlcera de pressão na alta. Doran, et al. (2011), reforçam a ideia de que, a presença de úlceras de pressão é um indicador sensível à qualidade de cuidados de enfermagem, cuja vigilância, tratamento e prevenção está fortemente sob a responsabilidade de enfermagem, no entanto, existem factores que poderão interferir na sua evolução, nomeadamente medicamentos, estado de debilidade na hospitalização e estado nutricional do próprio doente.

No que toca ao PES-NWI, foram obtidos 60 questionários preenchidos pelos enfermeiros dos serviços onde decorreu o estudo, onde 77,8% dos enfermeiros concorda com a 'Participação nas políticas do hospital', 90% discorda com os 'Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados', 60% concorda com a 'Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros' existentes no CHBV e 75% concorda com a 'Adequação de recursos humanos e materiais'. O item 100% negativo relativo ao ambiente das práticas diz respeito às 'Relações colegiais entre enfermeiros e médicos' que deveriam ser consideravelmente melhoradas, uma vez que foram apontadas como desajustadas visto que a totalidade dos enfermeiros discorda com elas.

Ao analisar o ambiente das práticas, constatou-se que de uma forma geral existe um ambiente desfavorável ao desempenho de práticas de cuidados, em que numa escala de 1 a 4, cujo valor de referência se situa nos 2,5 (a partir do qual se considera o ambiente favorável), surge um valor de média de 2,43 valores, o que traduz, uma necessidade de melhoria, uma vez que está comprovado por outros estudos que bons ambientes de prática promovem maior satisfação profissional e elevados níveis de motivação, que por sua vez, produzem melhor qualidade de cuidados (ANA, 1996; Aiken, et al., 2002; Doran, et al., 2011). O Serviço de Cirurgia ainda assim, possui o menos desfavorável ambiente das práticas (2,45), enquanto que o Serviço de Medicina III surge como o ambiente mais desfavorável para as práticas. O Serviço de Medicina I obteve uma pontuação de média de 2,41 e o Serviço de Medicina II um valor de média de 2,40. Constatando-se que todos os valores se situam abaixo do valor de referência, mas muito próximos entre si, consideramos não ser estatisticamente útil, observar a relação entre a variável ambiente das práticas e estado funcional, uma vez que este último também não permitiu que nenhum serviço se evidenciasse. Ao analisar, uma possível relação entre as sub-escalas do

questionário PES-NWI, concluiu-se que as sub-escalas 'Adequação de recursos humanos', 'Materiais e relações colegiais entre enfermeiros e médicos' não interferem no ambiente das práticas de cuidados e que a sub-escala 'Participação nas políticas do hospital' e 'Capacidade de gestão liderança e de apoio dos enfermeiros' estão fortemente relacionadas entre si ( $p=0,000$ ), sendo portanto muito influenciadoras no ambiente das práticas de cuidados dos enfermeiros.

Neste estudo, onde prevaleceram doentes com patologias respiratórias, infecções do tracto urinário e alterações neurológicas como diagnósticos de entrada, numa época sazonal coincidente com um maior fluxo de doentes que recorrem ao hospital, surgiram algumas limitações que consideramos ser passíveis de ultrapassar em trabalhos de investigação futuros.

A recolha de dados por ter sido efectuada, em quatro serviços fisicamente distintos, com equipas de enfermagem diferentes, promoveu um contacto com diversos sistemas de informação e com diferentes formas de registo, que se transformaram em limitações ao estudo. Acreditamos que os sistemas de informação entre os serviços deveriam ser em rede, compatíveis, e que os cuidados fossem registados numa linguagem universal.

Consideramos que se a autorização da realização deste estudo contemplasse o envolvimento dos enfermeiros dos serviços, na recolha de dados, a amostra teria sido maior, o que promoveria possivelmente uma análise mais distinta de resultados. A recolha de informação tendo sido apenas feita pela autora, limitou não só o tamanho da amostra, mas também foram desperdiçados alguns formulários InterRai, por não se conseguir atempadamente realizar a avaliação no momento da alta, visto esta não ser, de forma geral, programada.

A adesão ao preenchimento dos questionários do PES-NWI foi heterogénea, o que promoveu amostras de tamanho muito diferentes entre os serviços. A excelente adesão ao preenchimento do PES-NWI no Serviço de Medicina II contrastou com a fraca adesão no Serviço de Medicina III, que poderia ter sido melhorada com estratégias de insistência no preenchimento, mas que o factor tempo não permitiu. Teria sido benéfico, considerar a distribuição dos questionários em envelope fechado, individualmente a cada enfermeiro, o que não aconteceu, tendo sido reflectido como um factor a melhorar.

O tempo foi também um factor limitante no desenvolvimento deste estudo, pois consideramos que se o prazo de entrega fosse maior, a reflexão global e as opções de análise desta tese poderiam ter sido mais consolidadas.

Pensamos que, se o estudo fosse efectuado entre duas unidades hospitalares distintas, situadas em diferentes meios de desenvolvimento, os resultados, quer a nível de estado de evolução de saúde em internamento, quer a nível de ambiente das práticas, poderiam ser mais heterogéneos, promovendo assim conclusões mais detalhadas.

Por fim, a inexistência de estudos semelhantes não permitiram efectuar a comparação de resultados tendo sido este um factor limitante na sustentabilidade de opiniões de outros investigadores. Existem internacionalmente estudos e bibliografia que foi amplamente utilizada neste estudo, contudo escassos aqueles, que se debruçaram na análise das mesmas variáveis, não sendo assim possível o efeito comparativo.

Com o encerrar deste relatório de tese, surge a necessidade de tecer algumas considerações finais, em gesto de sugestões futuras para um caminho de melhoria dentro da profissão de enfermagem. Sendo um trajecto progressivo, é necessário que mais investigação quantitativa seja feita sobre as práticas de enfermagem. No ciclo da qualidade deve-se ter em conta indicadores de estrutura, processo e resultados, no entanto estes

últimos poderão ser extremamente úteis como vectores de mudança. Abordar apenas a satisfação do utente sobre os cuidados que recebeu é redutor, surgindo riscos de falsos juízos de valor, tendo em conta que o utente não possui um conhecimento técnico nem científico que lhe permita tecer considerações justas sobre o processo de cuidados que o envolveu. Neste contexto, cabe aos enfermeiros, que ao longo da História se têm valorizado, comprovar que de facto, os seus cuidados têm qualidade e que promovem melhorias significativas no estado de saúde do doente. Apenas desta forma, os enfermeiros poderão afirmar que são indispensáveis no cuidar do mesmo. Comprovar no entanto, implica investigar, mensurar, avaliar e para isso é necessário existir uma série de factores que são fundamentais neste processo.

Em primeiro lugar é crucial existir uma sensibilidade de todos os profissionais para a necessidade de avaliar as suas práticas de cuidados. É necessário aumentar a análise dos resultados nos doentes, não com o objectivo punitivo mas sim, com fins pedagógicos, de implementação de medidas correctivas que visem a melhoria de cuidados.

Com vista a facilitar o processo de investigação acima referido, é crucial que se utilize uma linguagem clara e única em enfermagem e que se registre nos sistemas de informação todos os cuidados efectuados. Contudo estas fontes de informação deverão possuir dados coerentemente registados e estar acessíveis ao investigador. A diversidade de programas de registo informático, não facilita o processo de investigação e gera um conjunto de informação, que não sendo quantificável, poderá ser inútil para estudo.

Seria extremamente importante cada serviço criar uma rotina de análise dos procedimentos efectuados pelos seus enfermeiros aos doentes, de forma a que se identificasse o que de menos correcto se pratica.

Especificamente, existem algumas áreas de intervenção autónoma de enfermagem que podem e devem ser melhoradas. A título de exemplo, cabe aos enfermeiros racionalizarem o acto de colocação de cateter vesical, procederem de acordo com as recomendações das comissões de infecção hospitalar no acto de algaliação e aquando a alta do doente, promoverem a máxima independência do padrão urinário do doente.

No que toca às úlceras de pressão, os enfermeiros devem monitorizar o risco de aquisição de úlcera de pressão à entrada, vigiar diariamente a área total da pele do doente, implementando assim precocemente medidas de prevenção de alterações da integridade cutânea.

Relativamente às quedas em contexto hospitalar, os enfermeiros devem avaliar na admissão, o risco de queda do doente, promovendo estratégias desde a admissão que fomentem a segurança do doente no meio hospitalar.

Considerando existirem outros factores que poderão interferir nos resultados das áreas acima analisadas, acreditamos que a autonomia do enfermeiro adquire-se com estratégias que promovam a qualidade de cuidados ao doente, através de intervenções autónomas de enfermagem. É necessário promover no entanto, a investigação prática, para que resultados sustentem a mudança de atitude. No entanto, para investigar é necessário tempo e este, considerando o actual contexto económico nacional, é escasso, no entanto fundamental se se pretender oferecer qualidade de cuidados aos utentes.

Por fim, com vista a uma melhoria do ambiente de prática de cuidados, urge a necessidade de melhorar a qualidade no acompanhamento dos enfermeiros, nas suas vivências diárias, por enfermeiros mais experientes. Doran, et al. (2011) indicam que, pessoal qualificado incrementa a qualidade de cuidados. Segundo a OE (2001, p.9) "...no processo de tomada de decisão em enfermagem, e na fase de implementação das



intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”. Neste contexto, cada equipa de enfermagem deve reflectir nas suas práticas, compreender a sua acção, analisar adequadamente os seus resultados de forma a implementar medidas concretas de melhoria.

Investir igualmente na motivação de cada profissional, exponenciar as suas qualidades individuais e promover a equidade na definição de papéis na equipa, são estratégias de melhoria a considerar num futuro próximo, com a certeza absoluta de que a equipa funcionará melhor se for envolvida nas decisões do serviço. Enfermagem não é uma profissão isolada, pelo contrário, está envolvida numa moldura multiprofissional, contudo, especificamente na área do cuidar, se a enfermagem demonstrar que é indispensável perto do doente, obtém um maior reconhecimento social e dos restantes profissionais em saúde.

A qualidade não nasce subitamente, fomenta-se, promove-se. Melhorar esta qualidade significa unicamente, reflectir sobre as práticas, melhorá-las, registar os cuidados, analisar os resultados, monitorizando os padrões de qualidade. O caminho não terminou aqui, de facto, apenas começou.

## Bibliografia

- ✓ Adão, L., 1956. *O Problema da Enfermagem*. Lisboa: União Gráfica.
- ✓ Aiken, C.S.L. et al., 2002. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *American Medical Association*, 288 (16), pp.1987-1993.
- ✓ Almeida, R.A.R., Abreu, C.C.F., Mendes, A.M.O.C., 2010. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, pp.163-172.
- ✓ Alto Comissariado da Saúde, 2010. *Indicadores de Potenciais Ganhos em Saúde – Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016*. [pdf] Acessível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/ipgs2.pdf>> [Consultado em 14 de Janeiro 2011].
- ✓ Alto Comissariado da Saúde, 2010. *Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016*. [pdf] Acessível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/2011/07/15/pns11-16-discussao/>> [Consultado em 14 de Junho 2012].
- ✓ Amante, M.J. et al., 2006. A Imagem das competências dos profissionais de informação-documentação: relatório. [pdf] Acessível em: <<http://files.incite.pt/RelatorioOP-ID.pdf>> [Consultado em 10 de Junho 2012].
- ✓ Amaral, A.F.S., 2010. A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem – modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, pp.96-105.
- ✓ Amaral, A.F.S., Ferreira, P.L., Lake, E., 2012. Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the portuguese nurse population. *Internacional Journal of Caring Science*, 5(3), pp.280-288.
- ✓ ANA (American Nurses Association), 1996. *Nursing Quality indicators: a guide for implementation*. Washington: American Nurses Publishing.
- ✓ Bartmann, M., Túlio, R., Krauser, L.T., 2005. *Administração na Saúde e na Enfermagem*. São Paulo: Senac.
- ✓ Baumann, A., 2007. Ambientes Favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade. Conselho Internacional do Enfermeiro. [pdf] Acessível em:

<[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf)>

[Consultado em 10 de Junho 2012].

- ✓ Baumann, A. et al., 2001. *Commitment and care: the benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- ✓ Bernardo, R.M.B.P., 2000. Controle da Qualidade de Cuidados em Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 28, pp.13-14.
- ✓ Caldevilla, M., Costa, M., 2009. Quedas dos Idosos em Internamento Hospitalar. Que passos para a Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 19, pp.25-28.
- ✓ Carmo, M.T.S., 2007. Motivação Profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes. *Revista Investigação em Enfermagem*, 15, pp.24-37.
- ✓ Conceição, M.F.A., Ramos, P.C.A., 2004. Experiência Profissional – O caminho para a Competência. *Revista Sinais Vitais*, 55, pp.31-33.
- ✓ Conselho Internacional de Enfermeiros, 1996. *CIPE/ICNP® – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, Alfa*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ✓ Conselho Internacional de Enfermeiros, 2002. *CIPE/ICNP® – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem, Beta 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ✓ Correia, A.A. et al., 1993. MAQCEH – Método de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de enfermagem Hospitalares. *Revista Servir*, 41, pp.159-162.
- ✓ Cruz, A.G., 1999. Riscos Profissionais e Organização do Trabalho. *Revista Sinais Vitais*, 23, pp.27-32.
- ✓ Direcção Geral de Saúde, 2011. *Escala de Braden – Versão Adulto e Pediátrica*. Circular Informativa – Orientação da Direcção Geral da Saúde, nº 017/2011.
- ✓ Donabedian, A., 1980. The definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Health Administration Press*, 3, pp.11-32.
- ✓ Doran, D.M. et al., 2002. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38, pp.29-39.
- ✓ Doran, D.M. et al., 2003. *Nursing- Sensitive Outcomes: State of the Science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

- ✓ Doran, D.M. et al., 2006. Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, pp.61-70.
- ✓ Doran, D.M. et al., 2011. *Nursing- Sensitive Outcomes: State of the Science*. 2ª ed. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.
- ✓ Edgar, L., 2003. Hassless: their importance to Nurse`s quality of work life. *Nursing Economics*, 21 (3), pp.106-113.
- ✓ Fasoli D., 2008. Measuring the influence of professional nursing practice on global hospital performance in an organizational context. *Nursing Outlook*, 56 (2), pp.56-62.
- ✓ Fernandes, C.M.D., 2009. Incidência e Controlo da Infecção Urinária em Doentes com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem*, 20, pp.6-14.
- ✓ Fernandes, I.M.R., 2007. *Factores Influenciadores na percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- ✓ Ferreira, P.L., Escoval, A.M., 2010. Desafios em Tempos de Crise. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, pp.264-270.
- ✓ Ferreira, P.L., Lourenço, O.D., 2003. Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, pp.81-91.
- ✓ Ferreira, P.L., Raposo, V., 2006. A Governação em Saúde e a utilização de Indicadores de Satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp.285-296.
- ✓ Florentim, R.J., Franco, M.J.B., 2006. A qualidade dos Cuidados de Saúde prestados no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, pp.15-26.
- ✓ Fortin, M.F., 1999. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- ✓ Frederico, M., 2005. Empenhamento organizacional de enfermeiros em hospitais com diferentes modelos de gestão: papel de variáveis de contexto. *Revista Referencia*, 2 (1), pp.53-62.
- ✓ Gameiro, M.G.H., 2003. A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação. *Revista Referência*, 10, pp.10-15.

- ✓ Garrido, A.F.S., 2007. Qualidade de vida dos enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, pp.42-50.
- ✓ Giraud, A., 1994. *Origines et définitions de l'évaluation en médecine*, in Vivian Kovess. *Évaluation de la qualité en psychiatrie*. Paris: Económica.
- ✓ Gomes, R.M.L., 2010. O Stress nos Profissionais de Saúde: o caso das equipas de enfermagem num Hospital Central. *Revista Investigação em Enfermagem*, 22, pp.64-81.
- ✓ Henderson, V., 2005. *De La Teoria a La Practica. El Pensamiento de Virginia Henderson En El Siglo XXI*. São Paulo: Masson.
- ✓ Hendrich, A. et al., 2003. Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: a large concurrent/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*, 16, p.9-21.
- ✓ Hesbeen, W., 1997. *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Editora Lusociência.
- ✓ Hesbeen, W., 1998. *Qualidade em enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Editora Lusociência.
- ✓ Hirdes, J. et al., 2008. Reliability of the InterRai suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BioMed Central*. [pdf] Acessível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/277>> [Consultado em 12 Janeiro 2012].
- ✓ Johnson, M. et al., 2005. *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem – ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Artmed Editora.
- ✓ Jorge, I.C., Simões, M.C., 1995. A Qualidade de Cuidados na Perspectiva do Utente. *Revista Servir*, 43 (6), pp.290-296.
- ✓ Josso, M.C., 2002. *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa
- ✓ Kemp, N., Richardson, E.W., 1995. *A Garantia da Qualidade no Exercício de enfermagem*. Lisboa: Grafilarte.
- ✓ Knight, M.M., 2000. Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced Nursing*, 31, pp.1459-1468.
- ✓ Lake, ET., 2002. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing of Health*, 25 (3), pp.176-188.

- ✓ Lang, N.M., 1976. *Issues in Quality Assurance in Nursing. Ana Issues in Evaluating Research*. Cleveland: American Nurses Association.
- ✓ Lang, N.M., Marek, K.D., 1988. *Clinical Conditions and Interventions: their relationship to Outcomes that reflect clinical practice*. [pdf] Acessível em: <<http://www.ninr.nih.gov/NR/rdonlyres/B3322AAC-2C54-4309-BE83-E09AAD41D1AB/4731/OutcomesthatReflectClinicalPractice1.pdf>> [Consultado em 15 Fevereiro 2012].
- ✓ Loureiro, R., Ferreira, M., Duarte, J., 2008. Liderança em enfermagem versus Satisfação profissional. *Revista Investigação em enfermagem*, 17, pp.11-26.
- ✓ Madeira, 1995. Indicadores e Padrões de Qualidade in *Qualidade em Serviços Públicos*. Secretariado para a modernização Administrativa. *Presidência do Conselho de Ministros*. Lisboa.
- ✓ Marques, M.I.D., 2000. Percepção significativa dos cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados. *Revista Referência*, 5, pp.5-16.
- ✓ Maslach, C., 1978. The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*, 34, pp.111-124.
- ✓ McIntyre, T., 1994. Stress e os profissionais de saúde. In: *Análise Psicológica*, 12, pp.193-200.
- ✓ Monteiro, B.R., 2003. A Gestão da Qualidade e a Divisão do Trabalho da saúde. *Revista Sinais Vitais*, 50, pp.17-22.
- ✓ Nakai, A., Akeda, M., Kawabata, I., 2006. Incidence and Risk Factors for Inpatient Falls in an Academic Acute-care Hospital. *Journal Website J. Nippon Med Sch*, 73, pp.265-270. [pdf] Acessível em: <<http://www.nms.ac.jp/jnms/2006/073050265.pdf>> [Consultado em 13 Dezembro 2011].
- ✓ Nogueira, M., 1990. *História de enfermagem*. 2ª ed. Porto: Edições Salesianas.
- ✓ Nunes, L., 2003. *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881 – 1998)*. Loures: Lusociência.
- ✓ OMS (Organização Mundial de Saúde), 2007. Relatório da OMS Global sobre a Prevenção de quedas na Velhice. [pdf] Acessível em: <[http://www.who.int/ageing/projects/falls\\_prevention\\_older\\_age/en/index.html](http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html)> [Consultado em 10 Abril 2012].

- ✓ OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde), 2010. *Desafios em Tempos de Crise - Relatório de Primavera 2010*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [pdf] Acessível em:  
<[http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010\\_OPSS-FT.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf)> [Consultado em 10 Fevereiro 2011].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2001. *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. [pdf] Edição Ordem dos Enfermeiros. Acessível em:  
<[www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf)> [Consultado em 15 Março 2012].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2003. *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. [pdf] Edição Ordem dos Enfermeiros. Acessível em:  
<<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>> [Consultado em 10 Março 2012].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2007. *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. [pdf] Edição Ordem dos Enfermeiros. Acessível em:  
<<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/Outros.aspx>> [Consultado em 10 Agosto 2012].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2009. *Estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao tratamento. Catalogo da CIPE* [pdf] Edição Ordem dos Enfermeiros. Acessível em:  
<[http://wwwmembros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosob\\_oapratica.pdf](http://wwwmembros.ordemenfermeiros.pt/Publicacoes/Documents/cadernosob_oapratica.pdf)> [Consultado em 30 Junho 2012].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2010. *A evolução histórica da profissão de enfermagem em Portugal*. [pdf] Edição Ordem dos Enfermeiros. Acessível em:  
<<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/AProfissao.aspx>> [Consultado em 13 Setembro 2011].
- ✓ Ordem dos Enfermeiros, 2010. *Browser CIPE – Ordem dos Enfermeiros – Pela Qualidade da enfermagem*. Acessível em:  
<<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>> [Consultado em 6 Julho 2012].

- ✓ Orem, D.E., 1995. *Nursing-concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- ✓ Pacheco, J.E.P., Jesus, S.N., 2007. Burnout e Coping em Profissionais de Saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*, 16, pp.32-41.
- ✓ Pereira, F., 2009. *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- ✓ Pereira, L.F., 2003. Qualidade ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, pp.3-8.
- ✓ Petronilho, F.A.S., 2009. Produção de Indicadores de Qualidade A enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, pp.36-44.
- ✓ Portugal, Ministério Saúde, 1968. *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Acessível em:  
<<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/direitosdeveresdoente.htm>>, [consultado em 21 de Março 2011].
- ✓ Queirós, P.J.P., 2005. Burnout no trabalho e conjugal nos enfermeiros e o clima organizacional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 11, pp.3-15.
- ✓ Queirós, P., 2010. Auto-cuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em enfermagem*, 21, pp.5-7.
- ✓ REPE, 1996. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Acessível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>> [consulta do em 20 de Dezembro 2011].
- ✓ Ribeiro, A.L.A., 2005. O percurso da construção e a avaliação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 16, pp.53-60.
- ✓ Rocha, J.A., Miranda, M.J., Andrade, M.J., 2006. Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão – Intervenções baseadas na evidência. *Acta Medica Portuguesa*, 19, pp.29-38.
- ✓ Rosa, M.T.S., Oliveira, I.M.S., 2004. *As condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses: relatório do estudo elaborado no âmbito da solicitação da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Centro de Sondagens e Estudos de Opinião da Universidade Católica Portuguesa.



- ✓ Rua, I., 2009. *Saúde e Qualidade de Vida em análise: Comportamentos de Adesão em Saúde Promoção da Adesão dos Utentes ao Regime terapêutico – um percurso*. Porto: Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida.
- ✓ Sale, D., 2000. *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Editora Principia.
- ✓ Santos, V.V., 1999. Incontinência Urinária - Recomendações Terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 12, pp.27-32.
- ✓ Serra, M.N., 2005. *Aprender a Ser Doente – Processos de Aprendizagem de doentes em Internamento Hospitalar*. Lisboa: Lusociência.
- ✓ Sidani, S., Doran, D., 2010. Relationships Between Processes and Outcomes of Nurse Practitioners in Acute Care. *Journal Nurse Care Quality*, 25, pp.395-402.
- ✓ Silva, A. I., 2008. *A Arte de Enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- ✓ Silva, M.C.M., Gomes, A.R.S., 2009. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3), pp.239-248.
- ✓ Soderhamn, O., 2000. Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, pp.183-189.
- ✓ Sousa, S.M.F.M. et al., 2002. Factores Preditivos de Morbilidade e Mortalidade Hospitalar e aos seis meses em doentes idosos hospitalizados. *Acta Médica Portuguesa*, 15, pp.177-184.
- ✓ Teixeira, A.L.M., 2005. A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional. *Revista Sinais Vitais*, 59, pp.52-54.
- ✓ Teixeira, J.M. et al., 2005. Caracterização de doentes portugueses com esquizofrenia: resultados da avaliação do estudo observacional SOHO no início do estudo. *Saúde Mental*, 7, pp.13-21.
- ✓ The Joint Commission, 2009. *Current staffing effectiveness standard*. [pdf] Acessível em: <[http://www.jointcommission.org/standards\\_information/standards.aspx](http://www.jointcommission.org/standards_information/standards.aspx)> [Consultado em 12 Junho 2012].
- ✓ Thelan, L.A. et al., 1996. *Enfermagem em Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. 2ª ed. Loures: Lusodidacta.

- ✓ Van Den Heede, et al., 2007. International expert's perspective on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, pp.290-297.
- ✓ Vieira, M.M.S., 2009. *Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- ✓ Vuori, H.V., Saturno, P.J., 1988. *El control de Calidad en los Servicios Sanitarios: Conceptos e Metodología*. Barcelona: Masson.
- ✓ Watson, J., 2002. *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- ✓ Warshawsky, N.E., Havens, D.S., 2012. Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Acessível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021172/#R24>> [Consultado em 12 Junho 2012].
- ✓ Williamson, J.W., 1978. Formulating Priorities for Quality Assurance Activity: Description of Method and its Application. *Journal of the American Medical Association*, 239, pp.631-637.
- ✓ Xavier, F.M., 1999. *Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.



# ANEXOS



# ANEXO I

Instrumento de Colheita de Dados: Formulário InterRai



## InterRAI – Cuidados Agudos ©

**SECÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO****1. NOME**

a.(primeiro) b.(Iniciais do meio) c. (último)

**2. GÉNERO - 1. Masculino 2. Feminino****3. DATA DE NASCIMENTO**

Ano				Mês		Dia		

**4. ESTADO CIVIL**

1. Solteiro
2. Casado
3. Parceiro (a)/outro significativo
4. Viúvo
5. Separado
6. Divorciado

**5. ETNIA / RAÇA****6. LÍNGUA MATERNA**

1. Português
2. Outra
3. Especificar: \_\_\_\_\_

**7. HOSPITAL****8. ENFERMARIA****9. MÉDICO ASSISTENTE****10. NÚMERO DO CARTÃO DE UTENTE****11. ACTUAIS FORMAS DE PAGAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO****SECÇÃO B. ADMISSÃO E HISTÓRIA INICIAL**

[Nota: Preencher a Secção B na admissão/primeira avaliação]

DATA DE INTERNAMENTO 2 0   **2. PROVENIENTE DE:**

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Casas assistidas ou semi-independente
4. Centro para pessoas com incapacidades físicas
5. Centro para pessoas com incapacidades intelectuais
6. Hospital ou unidade psiquiátrica
7. Sem-abrigo
8. Unidade de cuidados continuados
9. Centro/Unidade de reabilitação
10. Unidade de cuidados paliativos
11. Hospital de agudos
12. Prisão
13. Outro

Proveniente de \_\_\_\_\_ **3. FORMAS DE COABITAÇÃO**

1. Sozinho
2. Apenas com cônjuge/parceiro
3. Com cônjuge/parceiro e outro (s)
4. Com filhos (sem cônjuge/parceiro)
5. Com pais ou tutores
6. Com irmãos
7. Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)
8. Com não-familiares

**4. EPISÓDIO DESENCADEADOR DA ADMISSÃO**

Momento em que surgiu o episódio/problema desencadeador desta admissão (tendo como referência a data de início da hospitalização - item B1)

0. Nos últimos 7 dias

1. Há 8-14 dias

2. Há 15-30 dias

3. Há 31-60 dias

4. Há mais de 60 dias

**5. PERÍODO DESDE A ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO**

Registe a hospitalização mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS

0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias

1. Há 31-90 dias

2. Há 15-30 dias

3. Há 8-14 dias

4. Nos últimos 7 dias

5. Actualmente no hospital

**6. TEMPO PASSADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

0. Não foi admitido através do serviço de urgência

1. 0-8 horas

2. 8-24 horas

3. 24-48 horas

4. Mais de 48 horas

**7. CIRURGIA**

a) Cirurgia realizada até 48 horas após a admissão?

0. Não

1. Sim

b) Data da Cirurgia

Ano				Mês		Dia	

CASO SEJA REALIZADA UMA CIRURGIA, PREENCHER O RELATÓRIO DA ADMISSÃO 72 HORAS DEPOIS DA CIRURGIA, COM BASE NAS OBSERVAÇÕES FEITAS NAS 24 HORAS ANTERIORES.

**SECÇÃO C. DATAS DA AVALIAÇÃO****1. DATAS DE REFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO**

a. Na admissão

Ano				Mês		Dia	

b. Ao 14º dia

Ano				Mês		Dia	

c. Na alta

Ano				Mês		Dia	



InterRAI – Cuidados Agudos ©

**SECÇÃO D. COGNIÇÃO**

**1. CAPACIDADES COGNITIVAS PARA TOMAR DECISÕES DO DIA-A-DIA**

Tomar decisões para as tarefas diárias – ex: quando se levantar ou fazer as refeições, que roupa vestir ou que actividades realizar

0. **Independente** – Decisões consistentes, sensatas, seguras
1. **Independência modificada** – Alguma dificuldade apenas em situações novas
2. **Incapacidade mínima** – Em situações específicas recorrentes, as decisões tomam-se fracas e perigosas; estímulos/supervisão necessários nesses momentos
3. **Incapacidade moderada** – Decisões constantemente fracas e perigosas; estímulos/supervisão são necessários nesses momentos
4. **Incapacidade grave** – Nunca/raramente toma decisões
5. **Sem consciência perceptível**, coma [Para a avaliação pré-admissão, continue com as Secções D a G, para todas as outras avaliações passe para a Secção H]

**2. CAPACIDADE DE MEMORIZAR/RECORDAR**  
Codifique em termos de recordação daquilo que foi aprendido ou sabido

0. **Sim, a memória OK. - 1. Problemas de memória**

- a. **Boa memória de curto prazo**  
Parece recordar-se depois de 5  minutos
- b. **Boa memória processual**  
É capaz de realizar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multi-tarefas sem  estímulos
- c. **Boa memória situacional** Reconhece os nomes/caras dos prestadores de cuidados com quem contacta regularmente e conhece a localização dos lugares que visita regularmente (quarto, refeitório, sala de terapia)

**3. PERTURBAÇÕES PERIÓDICAS DO PENSAMENTO OU CONSCIÊNCIA**

[Nota: Uma avaliação rigorosa implica conversas com funcionários, família ou outras pessoas com um conhecimento directo do comportamento do indivíduo ao longo deste período]

0. Comportamento não presente
1. Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal
2. Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal (ex: novo aparecimento ou agravamento; diferente das semanas anteriores)

- a. **Facilmente distraído** – ex: episódios de dificuldade em prestar atenção; dispersa-se
- b. **Momentos de discurso desorganizado** – ex: o discurso não faz sentido, irrelevante ou passa de assunto em assunto; perde a linha de pensamento
- c. **Função mental varia ao longo do dia** – ex: umas vezes melhor, outras vezes pior

**4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL EM RELAÇÃO AO HABITUAL- ex: agitação, letargia, dificuldade em despertar, percepção alterada do ambiente**

0. Não      1. Sim

**SECÇÃO E. COMUNICAÇÃO E VISÃO**

**1. FAZER-SE ENTENDER (Expressão)**

Expressar conteúdo de informação – verbal e não-verbal

0. **Compreendido** – Expressa as ideias sem dificuldade
1. **Compreendido geralmente** – Dificuldade em escolher as palavras ou concluir os pensamentos MAS, se tiver tempo, pouca ou nenhuma sugestão é necessária
2. **Compreendido frequentemente** – Dificuldade em encontrar as palavras ou terminar os pensamentos E é geralmente necessária sugestão
3. **Compreendido algumas vezes** – A capacidade limita-se a fazer pedidos concretos
4. **Compreendido raramente ou nunca**

**2. CAPACIDADE PARA COMPREENDER OS OUTROS (Compreensão)**

Compreender informação verbal (ainda que use aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Compreende** – Compreensão clara
1. **Compreende geralmente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS compreende a maior parte da conversa
2. **Compreende frequentemente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS através da repetição ou explicação consegue muitas vezes compreender a conversa
3. **Compreende algumas vezes** – Responde de forma satisfatória apenas a um tipo de comunicação simples e directa
4. **Compreende raramente ou nunca**

**3. AUDIÇÃO**

Capacidade para ouvir (aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Não tem dificuldades numa conversa normal, interacção social, ouvir televisão
1. **Dificuldade mínima** – Dificuldade em alguns contextos (ex: quando uma pessoa fala baixo ou está a mais de 2 metros de distância)
2. **Dificuldade moderada** – Problemas em ouvir conversas normais, necessita de um ambiente calmo para ouvir bem
3. **Dificuldade grave** – Dificuldade em todas as situações (ex: o falante tem de falar alto ou muito pausadamente; ou a pessoa menciona que todo o discurso é sussurrado)
4. **Sem audição**

**4. VISÃO**

Capacidade para ver com uma luz adequada (com olhos ou com outro aparelho visual normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Vê os detalhes, incluindo a impressão normal dos jornais/livros
1. **Dificuldade mínima** – Vê uma impressão com maior resolução mas não a impressão normal dos jornais/livros
2. **Dificuldade moderada** – Visão limitada; não é capaz de ver as manchetes dos jornais, mas consegue identificar objectos
3. **Dificuldade grave** – Identificação de objectos duvidosa, mas os olhos parecem seguir os objectos; vê apenas luzes, cores ou formas
4. **Sem visão**

InterRAI – Cuidados Agudos ©	InterRAI – Cuidados Agudos ©
Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão	Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão
<p><b>SECÇÃO F. COMPORTAMENTO E ÂNIMO</b></p> <p><b>1. ÂNIMO AUTO-REPORTADO</b> (Use um período de 3 dias para a avaliação pré-admissão e de 24 horas para as outras avaliações)</p> <p>0. Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas</p> <p>1. Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente</p> <p>2. Sim, senti-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p>8. A pessoa não pode (quer) responder</p> <p><b>Perguntar: “Nos últimos 3 dias/24 horas, com que frequência se sentiu...”</b></p> <p>a. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>b. Ansioso, impaciente ou inquieto? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>c. Triste, deprimido ou desesperado? <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><b>SINTOMAS DE COMPORTAMENTO</b> Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.</p> <p>0. Não      1. Sim      <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>c. Caminhar – Como se desloca em piso igual dentro de casa <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>d. Transferência para a sanita: Como se senta e levanta da sanita ou cadeira sanitária <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>e. Uso da casa de banho: Como usa a casa de banho (ou a cadeira sanitária, penico, urinol), como se limpa depois de usar a sanita ou episódio(s) de incontinência, muda a fralda, sabe lidar com a ostomia ou cateter, adapta as roupas – EXCLUI ENTRADA E SAÍDA NA CASA DE BANHO <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>f. Mobilidade na cama – Como se deita e se levanta, como se vira de um lado para o outro e posiciona o corpo na cama <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>g. Alimentação – Como come e bebe (independentemente da capacidade). Inclui a ingestão de alimentos de várias formas (ex: alimentação por sonda, alimentação parentérica total) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><b>2. LOCOMOÇÃO/CAMINHAR</b></p> <p>a. Principal modo de locomoção</p> <p>0. Caminhar, sem aparelho de suporte</p> <p>1. Caminhar, usa aparelho de suporte – ex: bengala, andarilho, canadianas, cadeira de rodas de empurrar</p> <p>2. Cadeira de rodas, scooter eléctrica <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>3. Acamado <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>b. Caminhada de 4 metros temporizada – Crie um percurso desobstruído em linha recta. Peça à pessoa que esteja em pé com os pés na linha de partida. <i>Depois diga: “Assim que eu disser, comece a andar a um ritmo normal (com a bengala/andarilho se utilizar). Não se trata de um teste para saber a rapidez com que caminha. Pare quando eu lhe disser para parar. Tem dúvidas?”</i> O avaliador pode demonstrar como se faz o teste. <i>Depois diga: “Comece a caminhar agora”.</i> Comece a cronometrar (ou pode contar os segundos) assim que for dado o primeiro passo. Termine a contagem quando o pé tocar na linha dos 4 metros. <i>Depois diga: “Agora pode parar”.</i></p> <p>Insira o tempo em segundos, até aos 30 segundos, caso contrário:</p> <p>30. 30 ou mais segundos para andar 4 metros</p> <p>77. Parou antes de terminar o teste</p> <p>88. Recusou-se a fazer o teste</p> <p>99. Não foi testado – ex: não caminha sozinho <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>c. Distância percorrida – A maior distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (com apoio caso seja necessário)</p> <p>0. Não andou</p> <p>1. Menos de 5 metros</p> <p>2. 5-49 metros</p> <p>3. 50-99 metros</p> <p>4. 100+ metros</p> <p>5. mais do que 1 quilómetro <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>d. Distância percorrida em cadeira de rodas - A maior distância percorrida com cadeira de rodas de uma só vez nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)</p> <p>0. Empurrado por outras pessoas</p> <p>1. Usou cadeira de rodas motorizada/scooter</p> <p>2. Andou sozinho de cadeira de rodas menos de 5 metros</p> <p>3. Andou sozinho de cadeira de rodas 5-49 metros</p> <p>4. Andou sozinho de cadeira de rodas 40-99 metros</p> <p>5. Andou sozinho de cadeira de rodas 100+ metros</p> <p>8. Não usou a cadeira de rodas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>
<p><b>SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL</b></p> <p><b>1. AUTO-DESEMPENHO NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)</b> Considere todos os episódios dos últimos 3 dias/24 horas. Se <i>todas</i> as actividades forem desempenhadas ao mesmo nível, pontue a AVD a esse nível. Se houver <i>algum episódio</i> no nível 6, e outros menos dependentes, pontue a AVD com o nível 5. Caso contrário, centre-se nos três episódios mais dependentes [ou em todas as episódios se forem realizadas menos do que 3 vezes]. Se a actividade mais dependente for 1, a pontuação da AVD é 1. Se não for, pontue a AVD de acordo com a menos dependente entre 2-5.</p> <p>0. <b>Independente</b> – Sem ajuda, preparação física ou supervisão em qualquer actividade</p> <p>1. <b>Independente, ajuda apenas na preparação</b> – Objecto ou aparelho fornecido ou colocado ao seu alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer actividade</p> <p>2. <b>Supervisão</b> – Vigilância/estímulos</p> <p>3. <b>Assistência limitada</b> – Orientação para se deslocar, ajuda a nível físico sem suportar o peso</p> <p>4. <b>Assistência alargada</b> – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 1 ajudante em que a pessoa ainda desempenha 50% ou mais das sub-tarefas</p> <p>5. <b>Assistência máxima</b> – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 2+ ajudantes OU Ajuda para suportar o peso em mais de 50% das sub-tarefas</p> <p>6. <b>Dependência total</b> – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas</p> <p>8. <b>Não houve actividade durante todo esse período</b></p> <p>a. <b>Tomar banho</b> – Como é que toma banho de imersão ou duche. Inclui a maneira como entra e sai da banheira ou polibã E como é lavada cada parte do corpo: braços, parte inferior e superior das pernas, peito, abdómen, área perineal – EXCLUI LAVAR AS COSTAS E O CABELO <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>b. <b>Higiene Pessoal</b> – Como trata da sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba/depilação, maquilhar-se, lavar e limpar a cara e as mãos – EXCLUI BANHOS E DUCHES <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	

InterRAI – Cuidados Agudos ©

Alta  
14º Dia  
Admissão  
Pré Admissão

Alta  
14º Dia  
Admissão  
Pré Admissão

**SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL (cont.)**

**3. NÍVEL DE ACTIVIDADE**

a. Número de horas de exercício ou actividade física nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão – ex: caminhar

- 0. Nenhuma
- 1. Menos de 1 hora
- 2. 1-2 horas
- 3. 3-4 horas
- 4. Mais de 4 horas

--	--	--	--

b. Nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão, o número de dias em que saiu de casa/edifício onde reside (independentemente da duração desse período)

- 0. Não saiu em nenhum dia
- 1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas normalmente sai durante o período de 3 dias
- 2. 1-2 dias
- 3. 3 dias

--	--	--	--

**4. ACAMADO**

O doente está acamado por motivos médicos

- 0. Não
- 1. Sim

--	--	--	--

**5. AUTO-DESEMPENHO DAS AIVDs E CAPACIDADE**

No período pré-mórbido, pontue o DESEMPENHO nas actividades rotineiras em casa ou na comunidade durante os ÚLTIMOS 3 DIAS antes do aparecimento da doença aguda que desencadeou a admissão. No momento da alta, pontue a CAPACIDADE com base na competência presumida para realizar uma actividade da maneira mais independente possível. Este processo irá envolver "especulação" por parte do avaliador.

- 0. *Independente* – Sem ajuda, preparação ou supervisão
- 1. *Ajuda apenas na preparação*
- 2. *Supervisão* – Vigilância/estímulos
- 3. *Assistência limitada* – Ajuda em algumas situações
- 4. *Assistência alargada* – Ajuda na realização da tarefa embora realize 50% ou mais da tarefa sozinho
- 5. *Assistência máxima* – Ajuda na realização da tarefa embora realize menos de 50% da tarefa sozinho
- 6. *Dependência total* – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas durante todo esse período
- 8. *Não houve actividade* – Durante todo esse período (NÃO USAR ESTE CÓDIGO PARA PONTUAR A CAPACIDADE)

a. Preparação das refeições – Como são preparadas as refeições (ex: planeamento das refeições, juntar os ingredientes, cozinhar, preparar a comida e os utensílios)

--	--	--	--

b. Tarefas domésticas – Como são realizadas as tarefas domésticas (ex: lavar a louça, limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa)

--	--	--	--

c. Gerir as finanças pessoais – Como são pagas as contas, verificar o livro de cheques, as despesas da casa são orçamentadas, o uso do cartão de crédito é controlado

--	--	--	--

d. Gerir a medicação – Como são geridos os medicamentos (ex: lembrar-se de tomar os medicamentos, abrir frascos, tomar as dosagens correctas, dar injeções, aplicar pomadas)

--	--	--	--

e. Uso do telefone – Como são feitas ou recebidas as chamadas telefónicas (com dispositivos de apoio, tais como telefones com números grandes, amplificação se necessário)

--	--	--	--

f. Escadas – Como sobe um lance de escadas (12-14 degraus)

--	--	--	--

g. Compras – Como são adquiridos os alimentos e os produtos para a casa (ex: escolha dos produtos, dinheiro para o pagamento) EXCLUIR O TRANSPORTE

--	--	--	--

h. Transporte – Como se desloca de transportes públicos (sistema de navegação, pagamento das tarifas) ou sozinho (inclui sair de casa; entrar e sair de veículos)

--	--	--	--

**SECÇÃO H. CONTINÊNCIA**

**1. CONTINÊNCIA URINÁRIA**

0. *Contínente* – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de cateter ou outro aparelho de recolha da urina

- 1. *Controlo com cateter ou ostomia* nos últimos 3 dias/24 horas
- 2. *Raramente incontinente* – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência
- 3. *Algumas vezes incontinente* – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]
- 4. *Frequentemente incontinente* – Diariamente, mas tem algum controlo
- 5. *Incontinente* – Não tem controlo
- 8. *Não aconteceu* – Não houve produção de urina da bexiga nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--

**2. APARELHO DE RECOLHA DA URINA**

(Exclui pensos, fraldas)

- 0. Nenhum
- 1. Preservativo de urina
- 2. Cateter permanente
- 3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia

--	--	--	--

**3. CONTINÊNCIA FECAL**

0. *Contínente* – Controlo total: NÃO USA qualquer tipo de dispositivo de ostomia

- 1. *Controlo com ostomia* – Controlo com dispositivo de ostomia nos últimos 3 dias/24 horas
- 2. *Raramente incontinente* – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência
- 3. *Algumas vezes incontinente* – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]
- 4. *Frequentemente incontinente* – Diariamente, mas tem algum controlo
- 5. *Incontinente* – Não tem controlo
- 8. *Não aconteceu* – Não houve movimento do intestino nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--

**4. USO DE PENSOS, FRALDAS**

- 0. Não
- 1. Sim

--	--	--	--

InterRAI – Cuidados Agudos ©		Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão	Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão																																																																		
<b>SECÇÃO I. DIAGNÓSTICOS</b>																																																																					
<p><b>1. DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA</b> Doenças que tenham relação com o actual estado das Actividades de vida diária, o estado cognitivo, o humor e o comportamento, os tratamentos médicos, a monitorização em termos de enfermagem ou o risco de morte. (Não incluir diagnósticos inactivos)</p> <p><i>Código da doença (CD)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico/diagnósticos principais para a actual hospitalização</li> <li>Diagnóstico presente, a receber tratamento activo</li> <li>Diagnóstico presente, monitorizado, mas sem tratamento activo</li> </ol> <p>a. Diagnósticos (inicial) na admissão</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico</th> <th>CD</th> <th>CÓDIGO ICD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>b.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>c.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>d.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>e.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>f.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>g.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>h.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>i.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>j.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> </tbody> </table> <p>b. Diagnósticos (final) na alta</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Diagnóstico</th> <th>CD</th> <th>CÓDIGO ICD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>b.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>c.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>d.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>e.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>f.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>g.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>h.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>i.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> <tr><td>j.</td><td></td><td style="text-align: center;">●</td></tr> </tbody> </table>		Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD	a.		●	b.		●	c.		●	d.		●	e.		●	f.		●	g.		●	h.		●	i.		●	j.		●	Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD	a.		●	b.		●	c.		●	d.		●	e.		●	f.		●	g.		●	h.		●	i.		●	j.		●		
Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD																																																																			
a.		●																																																																			
b.		●																																																																			
c.		●																																																																			
d.		●																																																																			
e.		●																																																																			
f.		●																																																																			
g.		●																																																																			
h.		●																																																																			
i.		●																																																																			
j.		●																																																																			
Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD																																																																			
a.		●																																																																			
b.		●																																																																			
c.		●																																																																			
d.		●																																																																			
e.		●																																																																			
f.		●																																																																			
g.		●																																																																			
h.		●																																																																			
i.		●																																																																			
j.		●																																																																			
<b>SECÇÃO J. CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>																																																																					
<p><b>1. QUEDAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma queda nos últimos 90 dias</li> <li>Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias</li> <li>Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias <input type="checkbox"/></li> </ol> <p><b>2. QUEDAS RECENTES</b> [Não preencher se foi avaliado há mais de 30 dias ou se esta é a primeira avaliação] O doente caiu desde a última avaliação</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Não</li> <li>Sim</li> </ol> <p>[em branco] Não aplicável (é a primeira avaliação ou já passaram mais de 30 dias depois da última avaliação) <input type="checkbox"/></p> <p><b>3. FREQUÊNCIA DO PROBLEMA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Não presente</li> <li>Presente</li> </ol> <p><b>EQUILÍBRIO</b></p> <p>a. Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda <input type="checkbox"/></p> <p>b. Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direcção oposta quando está em pé <input type="checkbox"/></p> <p><b>SITUAÇÃO GASTROINTESTINAL</b></p> <p>Náusea <input type="checkbox"/></p> <p><b>4. DISPNEIA (Falta de Ar)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ausência de sintoma</li> <li>Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades moderadas</li> <li>Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades diárias normais</li> <li>Presente em repouso</li> </ol> <p><b>5. FADIGA</b> Incapacidade para realizar actividades diárias normais – ex: AVDs, AIVDs</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nenhuma</li> <li>Mínima – Falta de energia mas realiza as actividades diárias normais</li> <li>Moderada – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE ACABAR as actividades diárias normais</li> <li>Grave - Devido a falta de energia, INCAPAZ DE COMEÇAR ALGUMAS actividades diárias normais</li> <li>Incapaz de começar qualquer actividade diária – Devido a falta de energia <input type="checkbox"/></li> </ol> <p><b>6. SINTOMAS DE DOR</b> [Nota: Pergunte sempre ao doente sobre a frequência, intensidade e controlo da dor. Observe a pessoa e pergunte a outras pessoas que estejam em contacto com o indivíduo.]</p> <p>a. Frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor (incluindo expressões faciais de dor, cerrar os dentes, gemer, afastar-se quando lhe tocam ou outros sinais não verbais que sugerem dor)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sem dor</li> <li>Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas</li> <li>Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas <input type="checkbox"/></li> </ol> <p>b. Nível mais elevado de intensidade da dor actual</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sem dor</li> <li>Fraca</li> <li>Moderada</li> <li>Forte</li> <li>Momentos em que a dor é horrível e lancinante <input type="checkbox"/></li> </ol>																																																																					

InterRAI – Cuidados Agudos ©		Alta	14º Dia	Admissão	Pré Admissão																																																																														
<p>c. Persistência da dor</p> <p>0. Sem dor</p> <p>1. Único episódio nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p>2. Intermitente</p> <p>3. Constante</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>																																																																																			
SECÇÃO K. ESTADO NUTRICIONAL E ORAL																																																																																			
<p><b>1. ALTURA E PESO</b></p> <p>Registe (a.) a altura em cm e o (b.) peso em kg. Indique o peso com base nos valores da avaliação mais recente nos ÚLTIMOS 30 DIAS.</p> <p>a. Altura (cm) <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> b. Peso (kg) <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p>																																																																																			
<p><b>2. QUESTÕES NUTRICIONAIS</b></p> <p>0. Não                      1. Sim</p> <p>Perda de 5% ou mais de peso nos ÚLTIMOS 30 DIAS, ou 10% ou mais nos ÚLTIMOS 180 DIAS</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>																																																																																			
<p><b>3. MODO DE INGESTÃO NUTRICIONAL</b></p> <p>0. <i>Normal</i> – Ingere todo o tipo de alimentos</p> <p>1. <i>Independente modificado</i> – ex: o líquido é ingerido aos poucos, ingere poucos alimentos sólidos, necessidade de modificação pode ser desconhecida</p> <p>2. <i>Necessita de modificação da alimentação para ingerir alimentos sólidos</i> – ex: alimentação mecânica (em puré, moída, etc.) ou é apenas capaz de ingerir alimentos específicos</p> <p>3. <i>Necessita de modificação para ingerir líquidos</i> – ex: líquidos espessos</p> <p>4. <i>Consegue ingerir alimentos sólidos apenas em puré – E – líquidos espessos</i></p> <p>5. <i>Combinação da alimentação por via oral e parentérica ou entérica</i></p> <p>6. <i>Alimentação apenas através de sonda nasogástrica</i></p> <p>7. <i>Alimentação através de sonda abdominal</i></p> <p>8. <i>Apenas alimentação parentérica</i> – ex: Inclui todos os tipos de alimentação parentérica, tal como a alimentação parentérica total</p> <p>9. <i>Não houve actividade</i> – Durante todo o período</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>																																																																																			
SECÇÃO L. ESTADO DA PELE																																																																																			
<p><b>1. ÚLCERA DE PRESSÃO MAIS GRAVE</b></p> <p>0. Nenhuma úlcera de pressão</p> <p>1. Qualquer área com vermelhidão persistente na pele</p> <p>2. Perda parcial de camadas de pele</p> <p>3. Lesões profundas na pele</p> <p>4. Fissuras na pele, expondo músculo ou osso</p> <p>5. Não codificável, ex: escara predominante</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>																																																																																			
<p><b>2. ANTERIOR ÚLCERA DE PRESSÃO</b></p> <p>0. Não                      1. Sim</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>																																																																																			
<p><b>3. RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>																																																																																			
SECÇÃO N. TRATAMENTOS E PROCEDIMENTOS																																																																																			
<p><b>1. TRATAMENTOS, TERAPIAS E PROGRAMAS ESPECIAIS</b></p> <p>Tratamentos e programas necessários depois da alta</p> <p>0. Não                      1. Sim</p>																																																																																			
<p><b>TRATAMENTOS</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">a. Quimioterapia</td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">b. Diálise</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">c. Medicação Intravenosa</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">d. Terapia de oxigénio</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">e. Radiação</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">f. Aspiração</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">g. Cuidados com a traqueostomia</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">h. Transfusões</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">i. Ventilador</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">j. Tratamento de feridas</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">k. Alimentação por via nasogástrica</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">l. Alimentação por PEG</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">m. Alimentação parentérica</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>						a. Quimioterapia						b. Diálise						c. Medicação Intravenosa						d. Terapia de oxigénio						e. Radiação						f. Aspiração						g. Cuidados com a traqueostomia						h. Transfusões						i. Ventilador						j. Tratamento de feridas						k. Alimentação por via nasogástrica						l. Alimentação por PEG						m. Alimentação parentérica					
a. Quimioterapia																																																																																			
b. Diálise																																																																																			
c. Medicação Intravenosa																																																																																			
d. Terapia de oxigénio																																																																																			
e. Radiação																																																																																			
f. Aspiração																																																																																			
g. Cuidados com a traqueostomia																																																																																			
h. Transfusões																																																																																			
i. Ventilador																																																																																			
j. Tratamento de feridas																																																																																			
k. Alimentação por via nasogástrica																																																																																			
l. Alimentação por PEG																																																																																			
m. Alimentação parentérica																																																																																			
<p><b>2. TERAPIA/SERVIÇOS DE ENFERMAGEM</b></p> <p>Por pessoal qualificado (ex: terapeuta ou assistente de terapia sob orientação de um terapeuta)</p> <p>0. Não                      1. Sim</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">a. Terapia física</td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> <td style="width: 5%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">b. Terapia ocupacional</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">c. Terapia da fala / linguagem e serviços de audiologia</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">d. Terapia respiratória</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">e. Programa de reabilitação funcional ou caminhada por um enfermeiro especialista</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">f. Terapia psicológica (por qualquer profissional de saúde mental certificado)</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>						a. Terapia física						b. Terapia ocupacional						c. Terapia da fala / linguagem e serviços de audiologia						d. Terapia respiratória						e. Programa de reabilitação funcional ou caminhada por um enfermeiro especialista						f. Terapia psicológica (por qualquer profissional de saúde mental certificado)																																															
a. Terapia física																																																																																			
b. Terapia ocupacional																																																																																			
c. Terapia da fala / linguagem e serviços de audiologia																																																																																			
d. Terapia respiratória																																																																																			
e. Programa de reabilitação funcional ou caminhada por um enfermeiro especialista																																																																																			
f. Terapia psicológica (por qualquer profissional de saúde mental certificado)																																																																																			

InterRAI – Cuidados Agudos ©

	Alta 14º Dia	Admissão	Pré Admissão		Alta 14º Dia	Admissão	Pré Admissão
<b>SECÇÃO P. POTENCIAL DA ALTA</b>							
<p><b>1. SERVIÇOS DE APOIO DA COMUNIDADE ANTES DA ADMISSÃO</b>                      A pessoa estava a receber serviços de apoio formais (para além do apoio de familiares ou amigos) antes da admissão?</p> <p>0. Não                      1. Sim                      2. A residir numa instituição</p>							
<p><b>2. SERVIÇOS DA COMUNIDADE ANTERIORES À ADMISSÃO</b>                      0. Não      1. Sim</p> <p>a. Realização das tarefas domésticas</p> <p>b. Serviço de refeições</p> <p>c. Manutenção da casa</p> <p>d. Enfermagem domiciliária</p> <p>e. Enfermeiro que administra medicação</p> <p>f. Ajuda ao nível dos cuidados pessoais</p> <p>g. Centro de dia</p> <p>h. Assistência temporária para descanso do cuidador</p> <p>i. Pacotes de cuidados</p> <p>j. Outros</p> <p>Especificar: _____</p>							
<p><b>3. POTENCIAL DA ALTA</b>                      0. Não                      1. Sim                      2. A residir numa instituição</p> <p>a. Tem uma pessoa de apoio com uma opinião positiva sobre a alta ou a continuação da residência na comunidade</p> <p>b. Tem alojamento disponível na comunidade</p>							
<b>SECÇÃO Q. ALTA</b>							
<p>Preencha a Secção R apenas no momento da alta</p> <p><b>1. ÚLTIMO DIA HOSPITALIZAÇÃO</b></p>							
<p><b>2. DEPOIS DA ALTA, ENVIADO PARA:</b></p> <p>1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado                      2. Lar                      3. Assistência domiciliar ou semi-independente                      4. Centro psiquiátrico                      5. Centro para pessoas com incapacidades físicas                      6. Local para pessoas com incapacidades intelectuais                      7. Hospital ou unidade psiquiátrica                      8. Sem-abrigo                      9. Unidade de cuidados continuados                      10. Centro/Unidade de reabilitação                      11. Hospital psiquiátrico/Unidade de cuidados paliativos                      12. Hospital de cuidados agudos                      13. Prisão                      14. Outro                      15. Falecido</p>							
<b>SECÇÃO R. INFORMAÇÃO DA AVALIAÇÃO</b>							
<b>ASSINATURA DA PESSOA QUE ESTA A COORDENAR/PREENCHER A AVALIAÇÃO</b>							
a. Assinatura (assine na linha de cima)	_____						
b. Data em que a avaliação foi assinada como estando preenchida							
	2	0					
	Ano			Dia		Mês	
<b>OBRIGADO</b>							



# ANEXO 2

Instrumento de Colheita de Dados: Questionário de avaliação do ambiente das práticas-  
PES-NWI





**The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index**  
**Tradução de consenso**

Por favor indique o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas relativamente à presença desse aspecto no seu local de trabalho actual. Assinale com uma cruz a resposta que melhor se adequa a si.

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1	Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.				
2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.				
3	Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.				
4	Existem programas de desenvolvimento activo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.				
5	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.				
6	Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.				
7	Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.				
8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.				
9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.				
10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.				
11	O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.				
12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.				
13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.				
14	A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.				
15	A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.				

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.				
17	São proporcionadas oportunidades de promoção.				
18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.				
19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.				
20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.				
21	A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.				
22	Existe um programa activo de garantia da qualidade.				
23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política).				
24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.				
25	Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém -contratados.				
26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.				
27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.				
28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.				
29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e actualizados para todos os doentes.				
30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.				
31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.				

Fonte: Eileen T. Lake. "Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index". *Research in Nursing & Health*, May/June 2002; 25(3): 176-188.

# ANEXO 3

Escala de *Braden*



ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_  
 Serviço: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

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

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguelas, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, E. (2001)



# ANEXO 4

Avaliação Inicial do utente nos Serviços de Medicina I e II





Ministério da Saúde	<b>Hospital Infante D. Pedro, EPE.</b>	IMP.HIP.000 Versão 0 Revisão 0 Página 1 de 4
<b>SIE – SAPE/CIPE – Avaliação Inicial - Medicina I e II</b>		

ETIQUETA

Cama \_\_\_\_

ENFERMEIRO/A:  
 NºMEC. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

**DADOS GERAIS**

Nome Preferido \_\_\_\_\_ Não se Aplica

**FAMILIAR DE REFERÊNCIA/PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS**

Nome _____	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
Parentesco _____	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
Telefone _____	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
Observações _____	

**RESPIRAÇÃO E CIRCULAÇÃO**

Tossir Eficaz <input type="checkbox"/> Não eficaz <input type="checkbox"/>	
Secreções _____	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
<u>Consistência:</u> Espessas <input type="checkbox"/> Fluidas <input type="checkbox"/> Espumosas <input type="checkbox"/>	
<u>Conteúdo:</u> Hemáticas <input type="checkbox"/> Mucosas <input type="checkbox"/> Muco-purulentas <input type="checkbox"/> Purulentas <input type="checkbox"/>	
<u>Quantidade:</u> Escassa <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Abundante <input type="checkbox"/>	
Edemas: _____	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
<u>Topologia:</u> Todo <input type="checkbox"/> Parte <input type="checkbox"/> Localização Anatómica _____	
<b>Cateteres</b>	
<u>Venoso Periférico:</u> <input type="checkbox"/> Localização Anatómica/Topologia _____	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
<u>Venoso Central:</u> Jugular Direita <input type="checkbox"/> Jugular esquerda <input type="checkbox"/> Subclávia Direita <input type="checkbox"/>	
Subclávia Esquerda <input type="checkbox"/>	Não se Aplica <input type="checkbox"/>
Observações _____	

Versão Preliminar 1

Ministério da Saúde	<b>Hospital Infante D. Pedro, EPE.</b>	IMP.HIP.000 Versão 0 Revisão 0 Página 2 de 4
<b>SIE – SAPE/CIPE – Avaliação Inicial - Medicina I e II</b>		
<p><b>AUTOCUIDADO: BEBER E AUTOCUIDADO: COMER</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>Dieta Habitual:</b> Tipo de Dieta _____ N° Refeições ____ / dia Alimentos que não gosta _____          _____ Restrições Alimentares _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><b>Deglutição alterada:</b> <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> S.N.G L.D. <input type="checkbox"/> N° ____ Data de Colocação ____ / ____ / ____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><b>Dependência:</b> Não dependente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/></p> <p><b>Observações</b> _____          _____</p> </div> <p><b>ELIMINAÇÃO</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>Intestinal</b></p> <p><u>Hábitos de eliminação intestinal:</u> Frequência _____ Quantidade _____          _____ Cor _____</p> <p>Consistência: Fecalomas <input type="checkbox"/> Duras <input type="checkbox"/> Moldadas <input type="checkbox"/> Líquidas <input type="checkbox"/></p> <p>Última dejeção: ____ / ____ / ____ Características _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><u>Continência:</u> Contínente <input type="checkbox"/> Incontínente <input type="checkbox"/></p> <p><b>Dependência:</b> Não dependente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/></p> <p><b>Vesical</b></p> <p><u>Continência:</u> Contínente <input type="checkbox"/> Incontínente <input type="checkbox"/></p> <p><u>Cateter Urinário:</u> Látex siliconada <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Calibre: ____ Outros _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/>          Data de Colocação ____ / ____ / ____</p> <p><u>Características:</u> <u>Quantidade:</u> Normal <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/></p> <p>Cor _____</p> <p><b>Dependência:</b> Não dependente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/></p> <p><b>Observações</b> _____          _____</p> </div> <p><b>AUTOCUIDADO: ACTIVIDADE FÍSICA</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>Vontade:</b> Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><b>Resistência:</b> Intolerância à Actividade <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><b>Dependência:</b> Não dependente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/></p> <p><b>Observações</b> _____          _____</p> </div>		
Versão Preliminar	2	

Ministério da Saúde	<b>Hospital Infante D. Pedro, EPE.</b>	IMP.HIP.000 Versão 0 Revisão 0 Página 3 de 4
<b>SIE – SAPE/CIPE – Avaliação Inicial - Medicina I e II</b>		

ETIQUETA

ENFERMEIRO/A:  
  
 NºMEC.  
 \_\_\_\_\_

Cama \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

**AUTOCUIDADO: COMPORTAMENTO SONO – REPOUSO**

**Sono**

Dificuldade em Adormecer  Insónia  Não se Aplica

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTOCUIDADO: HIGIENE/PROTEGER OS TEGUMENTOS**

**Hábitos de Higiene Corporal:** Cuidados  Descuidados

**Hábitos de Higiene Oral:** Cuidados  Descuidados

**Dependência:** Não dependente  Dependente

**Tegumento cutâneo**

Pele Íntegra

Pele seca  Não se Aplica

Feridas  Tipo \_\_\_\_\_

Localização/Topologia \_\_\_\_\_

**PrevençãoUP** Não se Aplica

Equipamento na cama: Sem equipamento específico  Dispositivo não eléctrico  Dispositivo eléctrico

Equipamento na cadeira: Sem equipamento específico  Dispositivo não eléctrico  Dispositivo eléctrico

Reposicionamento na cama: Nenhum planeado/irregular  2/2horas  3/3horas  4/4horas

Reposicionamento na cadeira: Nenhum planeado/irregular  2/2horas  3/3horas  4/4horas

Local onde a UP foi adquirida: Lar  Domicílio  Hospital  Outra enfermaria  Não se Aplica

Observações \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versão Preliminar 3

Ministério da Saúde	<b>Hospital Infante D. Pedro, EPE.</b>	IMP.HIP.000 Versão 0 Revisão 0 Página 4 de 4
<b>SIE – SAPE/CIPE – Avaliação Inicial - Medicina I e II</b>		
<p><b>CONSCIÊNCIA, EMOÇÃO E PRECAUÇÃO DE SEGURANÇA</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Consciência: Vigil <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/></p> <p>Emoção: Calmo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Agressivo <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Triste <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Riscos Queda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Observações _____</p> <p>_____</p> </div>		
<p><b>COMUNICAÇÃO, SENSAÇÃO E INTERACÇÃO SOCIAL</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Fala _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Audição: Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Visão Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Interação Social: _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Observações _____</p> <p>_____</p> </div>		
<p><b>CRENÇA</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Crença Religiosa: <input type="checkbox"/> _____ Desejo de Assistência Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Crença Cultural: <input type="checkbox"/> _____ Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Observações _____</p> </div>		
<p><b>APRENDIZAGEM</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Vontade de aprender: Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Conhecimento sobre a Doença: Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Aprendizagem cognitiva: Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p><b>Prestador de Cuidados:</b> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Vontade de aprender: Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Conhecimento sobre a Doença: Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Aprendizagem cognitiva: Presente <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Não se Aplica <input type="checkbox"/></p> <p>Observações _____</p> <p>_____</p> </div>		
Versão Preliminar		4

# ANEXO 5

Autorização do Estudo





**HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, E. P. E.  
AVEIRO**

Avenida Artur Ravara - 3814-501 AVEIRO  
Telef. 234 378 300 - Fax 234 378 395  
sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt  
Matricula na Conservatória do Registo Comercial  
de Aveiro, nº 5846  
Capital Social 29.930.000 €  
Pessoa Colectiva nº 506 361 543

Exm<sup>a</sup> Senhora  
Enf<sup>a</sup> Ana Patricia Santos Cardoso  
Serviço de Urgência  
H.I.P.

S/ Ref.:

S/ Comunicação de

N/ Ref.º

Aveiro,

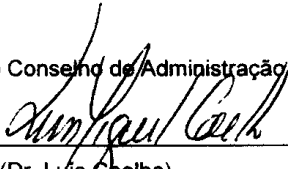
26/07/2014

**ASSUNTO: Resposta ao V/ pedido de autorização de realização de estudo no HIP**

Em resposta à V/ solicitação, vimos, pelo presente, informar que após parecer favorável da Comissão de Ética, por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do Conselho de Administração

  
(Dr. Luís Coelho)

149 resposta, indicar o número e as referências deste documento. Em cada página, deve ser um assente

DD



