

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA
SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

**Área de Especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

**FUNDAMENTOS PARA A GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE:
A ENFERMAGEM - O CASO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE
DOENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
José Manuel Lúcio Chora

Orientador: Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

ÉVORA

Maio 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA
SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**FUNDAMENTOS PARA A GESTÃO ESTRATÉGICA NA SAÚDE:
A ENFERMAGEM - O CASO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE
DOENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
José Manuel Lúcio Chora



160 433

Orientador: Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

ÉVORA

Maior 2006

Título: Fundamentos para a gestão estratégica na saúde.

Sub-Título: A enfermagem - O caso do sistema de classificação de doentes.

Palavras-chave: Dotação de pessoal, Enfermagem, Gestão de recursos humanos, Indicadores, Níveis de dependência em cuidados de enfermagem, Qualidade, Sistema de classificação de doentes, Sistema de informação.

Dissertação elaborada por:

José Manuel Lúcio Chora

n.º 2533 (Universidade de Évora)

n.º 5/03 (Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa)

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

**Universidade de Évora / Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
Évora, Maio 2006**

Pensamento

***“Não é possível existir naquilo que não somos,
naquilo que não vivemos.
Mas é possível crescer através daquilo que tentamos,
daquilo que sentimos”.***

Autor desconhecido

RESUMO

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde: A enfermagem - O caso do sistema de classificação de doentes

A dissertação enquadra-se nos sistemas de informação em enfermagem, assim os gestores ao nível estratégico, tático e operacional devem possuir instrumentos que contribuam para a gestão eficiente e eficaz dos enfermeiros.

A coordenação do sistema de classificação de doentes (SCD/E) é da responsabilidade do Ministério da Saúde - Instituto de Gestão Informática e Financeira tendo sido adaptado e implementado em 1984. Actualmente o SCD/E cumpre os requisitos de qualidade enumerados na NP EN ISO 9001.

O SCD/E constitui um sistema de informação do subsistema de enfermagem, que permite a tomada de decisão em tempo útil, contribuindo para a gestão dos recursos humanos e de qualidade.

O percurso de investigação contemplou 31 Enfermeiros Directores a nível nacional, tendo adoptado o paradigma quantitativo e utilizado como método de pesquisa, o inquérito por questionário postal.

As dimensões analisadas na dissertação foram a gestão da informação, dos recursos humanos e da qualidade dos cuidados de enfermagem e como podem globalmente contribuir para a tomada de decisão a nível estratégico.

Os inquiridos consideraram que o SCD/E contribui para a determinação das necessidades, para a tomada de decisão em relação aos recursos de enfermagem em tempo útil e para a gestão eficaz do número de enfermeiros por serviço.

Na organização dos cuidados de enfermagem, o SCD/E contribui para a gestão de recursos humanos, para a operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem e da metodologia científica de organização dos cuidados de enfermagem, constituindo um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados.

Palavras-chave: Dotação de pessoal; Enfermagem; Gestão de recursos humanos; Indicadores; Níveis de dependência em cuidados de enfermagem; Qualidade; Sistema de classificação de doentes; Sistema de informação.

ABSTRACT

Basis for strategic management in health care: Nursing – The case of the patient classification system

The dissertation inserts itself in nursing information systems, so the managers must possess as a strategic, tactical and operational level, tools that contribute to the efficient management of nurses.

The coordination of the patient classification system (SCD/E) is under the responsibility of the Health Ministry – Institute of Information and Financial Management, having been adapted and implemented in 1984. At present the (SCD/E) fulfils the quality requisites enumerated in NP EN ISO 9001.

The SCD/E constitutes a system of information of the nursing subsystem, which allows the taking of decisions in useful timing, contributing to the management of human and quality resources.

The course of investigation contemplated 31 Nursing Directors at a national level, having adopted the quantitative paradigm and having used as a research method the inquiry through postal questionnaire.

The analysed dimensions in the dissertation were the management of information of human and quality resources of the nursing care and how they can, globally, contribute for the taking of decisions at a strategic level.

The inquired considered that the SCD/E contributes to the determining of necessities, to the decision taking in what concerns the resources in nursing in useful timing and to the efficient management of the number of nurses per service.

In the organisation of nursing care, the SCD/E contributes to the management of human resources, to the operational side of the methodology of nursing care providing and of the scientific methodology of organisation of nursing care, constituting an indicator to evaluate the management of the care unit.

Keywords: staff endowment; nursing; human resources management; indicators; levels of dependency in nursing care; quality; system of patient classification; information system

AGRADECIMENTOS

- Ao Professor Doutor Carlos da Silva pelo que nos ensinou, enorme entusiasmo, disponibilidade e apoio dispensado.
- Ao Conselho de Administração do Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIF) – Lisboa, pelo apoio e disponibilidade demonstrado na realização da dissertação.
- À Enfermeira Soares Veiga pela dedicação ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) e à Enfermagem, pelo apoio prestado e confiança depositada.
- Às Enfermeiras Helena Simões e Isabel Santos (Grupo Coordenador do SCD/E), do IGIF – Lisboa, pela disponibilidade contínua e ajuda preciosa no decorrer da revisão bibliográfica e na recolha dos dados e informação.
- Ao Grupo de Auditores Externos do SCD/E, pelos momentos intensos de análise e discussão no decorrer da elaboração dos Manuais de Classificação e de Auditoria da Classificação.
- Aos Enfermeiros/as Directores/as das Organizações Hospitalares, sem os quais não seria possível a realização da dissertação.
- Ao Hospital Espírito Santo – Évora (HESE) e Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/Universidade de Évora, pelas experiências teóricas e práticas proporcionadas e que contribuíram decisivamente para o meu crescimento e desenvolvimento como pessoa e profissional.
- A todos os que colaboraram directa ou indirectamente na realização deste trabalho.
- À Maria Antónia, João Duarte e José Pedro, que me deram total apoio e conforto nos momentos de maior tensão... a todos muito obrigado.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS	Administração Regional de Saúde.
Art. /Art.º	Artigo.
DDSGF	Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão.
Dec-Lei	Decreto-Lei.
DGFSS	Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde.
DRHS	Departamento dos Recursos Humanos da Saúde.
Enf.º/a	Enfermeiro/a.
ETC	Equivalente a Tempo Completo.
F	Feminino.
HAD	Horas de Apoio Disponíveis.
HAU	Horas de Apoio Utilizadas.
HCN	Horas de Cuidados Necessárias.
HCN/DI	Horas de Cuidados Necessárias/Dias de Internamento.
HCP	Horas de Cuidados Prestadas.
HCP/DI	Horas de Cuidados Prestadas/Dias de Internamento.
HED	Horas de Enfermagem Disponíveis.
HESE	Hospital do Espírito Santo – Évora.
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira.
M	Masculino.
N.º/n.º/n	Número.
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.
OE	Ordem dos Enfermeiros.
QCD	Quadro de Classificação de Doentes.
SCD/E	Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem.
S/d	Sem data.
SICD/E	Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem.

INDICE

	Folha
RESUMO	5
ABSTRACT	6
AGRADECIMENTOS	7
SIGLAS E ABREVIATURAS	8
ÍNDICE DE FIGURAS	12
ÍNDICE DE QUADROS	13
ÍNDICE DE GRÁFICOS	15
INTRODUÇÃO	16
1 – AS PESSOAS E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	21
1.1 – AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO SISTEMAS ABERTOS	23
1.2 – O SUBSISTEMA DE ENFERMAGEM NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL	28
2 – A GESTÃO ESTRATÉGICA DOS RECURSOS HUMANOS E DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL EM ENFERMAGEM	34
2.1 – A GESTÃO ESTRATÉGICA DAS PESSOAS	36
2.2 – A QUALIDADE E O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL E PROFISSIONAL	39
2.3 – OS INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS	46
3 – A GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	52
3.1 – AS NECESSIDADES DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	57
3.2 – OS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO SUBJECTIVOS VS OBJECTIVOS	59
3.3 – A GESTÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM: A REALIDADE PORTUGUESA	66
4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	97
4.1 – DOS METODOS AO DESENHO DO ESTUDO	97

	Folha
4.2 – A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OS OBJECTIVOS DO ESTUDO E A HIPÓTESE DE TRABALHO	98
4.3 – O CAMPO DE ESTUDO	99
4.4 – TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	103
4.4.1 – Pré-teste	105
4.4.2 – Inquérito por questionário definitivo: análise da fiabilidade interna	106
4.4.3 – Caracterização das organizações e dos inquiridos	112
5 – PERCEPÇÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE O SCD/E	123
5.1 – NÍVEL DE INFORMAÇÃO PRODUZIDO PELO SCD/E	123
5.2 – NÍVEL DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	124
5.3 – MOBILIDADE DO PESSOAL DE ENFERMAGEM	131
5.4 – NÍVEL DE FORMAÇÃO	137
5.5 – ANÁLISE DA DIMENSÃO SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	139
5.6 – ANÁLISE DA DIMENSÃO GESTÃO DA QUALIDADE	143
5.7 – ANÁLISE DA DIMENSÃO GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	151
5.8 – VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO E DOS INDICADORES PRODUZIDOS PELO SCD/E	156
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
7 – RECOMENDAÇÕES PARA UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL	167
8 – BIBLIOGRAFIA	170
8.1 – LIVROS, ARTIGOS E RELATÓRIOS DE INVESTIGAÇÃO	170
8.2 – OUTROS DOCUMENTOS	178
GLOSSÁRIO	184
ANEXOS	188
Anexo I – Quadros de Classificação de Doentes (QCD).....	189

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

	Folha
Anexo II – Resumo diário de classificação de doentes por serviço/unidade de Cuidados.	199
Anexo III – Relatório diário de horas de cuidados de enfermagem.	201
Anexo IV – Relatório diário de utilização de pessoal de enfermagem por serviço / unidade de cuidados.	203
Anexo V – Relatório mensal de utilização de pessoal de enfermagem.	205
Anexo VI – Quadros de auditoria interna.	207
Anexo VII – Quadros de auditoria externa.	217
Anexo VIII – Nota de não conformidade/observação.	227
Anexo IX – Nota de congratulação.	229
Anexo X – Relatórios de auditoria interna.	231
Anexo XI – Relatórios de auditoria externa.	235
Anexo XII – Pedido de autorização formulado ao IGIF para utilização dos indicadores do SCD/E.	238
Anexo XIII – Pré-teste do inquérito por questionário.	240
Anexo XIV – Inquérito por questionário definitivo.	252

ÍNDICE DE FIGURAS

	Folha
Figura 1 – Esquema relacionando as forças do ambiente interno e externo das organizações.	25
Figura 2 – Elementos intervenientes no processo de decisão.	54
Figura 3 – Os 4 “is” do conhecimento.	56
Figura 4 – Circuito de produção dos dados informativos e classificação de doentes em enfermagem.	74
Figura 5 – Fórmula de construção do QCD da valência de Medicina/Cirurgia (1987, 1990) e Ortopedia (2000).	78
Figura 6 – Organizações hospitalares pioneiras na implementação do SCD/E.	80
Figura 7 – Fórmula de construção do QCD da valência de Obstetrícia (1991, 1992, 2003).	82
Figura 8 – Fórmula de construção do QCD da valência de Pediatria (1995, 2000).	82
Figura 9 – Formula de construção do QCD da valência de Lesões Vertebro-Medulares (1991) e Reabilitação Geral de Adultos (1996).	83
Figura 10 – Fórmula de construção do QCD da valência de Oncologia (2002).	83
Figura 11 – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem como Projecto de Qualidade.	93
Figura 12 – Organizações hospitalares utilizadoras do SCD/E em Setembro 2005.	102
Figura 13 – Dimensões analíticas do estudo.	109
Figura 14 – Sub-dimensões analíticas do estudo.	110
Figura 15 – Articulação entre o SCD/E e as áreas da qualidade dos cuidados de enfermagem e da gestão de recursos humanos.	151
Figura 16 – SCD/E vs gestão do conhecimento/mudança/ inovação/ criatividade.	166

ÍNDICE DE QUADROS

	Folha
Quadro 1 – Distribuição dos enfermeiros por género	30
Quadro 2 – Distribuição dos enfermeiros por título profissional e por género.....	31
Quadro 3 – Subsistemas de administração de recursos humanos.....	38
Quadro 4 – Organizações hospitalares e n.º de unidades de cuidados/serviços que aplicam o SCD/E.....	90
Quadro 5 – Valores do coeficiente do Alpha de Cronbach das dimensões analíticas.....	111
Quadro 6 – Distribuição dos inquéritos por questionário enviados e respondidos por Administração Regional de Saúde/Região Autónoma.....	112
Quadro 7 – Distribuição dos inquéritos por questionário respondidos por Administração Regional de Saúde/Região Autónoma.....	113
Quadro 8 – Caracterização das organizações hospitalares de acordo com a lotação.....	115
Quadro 9 – Distribuição dos inquiridos por grupo etário.....	117
Quadro 10 – Distribuição dos inquiridos por ano de conclusão do Curso Superior de Enfermagem.....	120
Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos por tempo de exercício no cargo de Enfermeiro Director.....	122
Quadro 12 – Análise das respostas dos inquiridos sobre se os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade.....	128
Quadro 13 – Análise das respostas dos inquiridos que consideraram que os resultados do SCD/E não corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade.....	130
Quadro 14 – Respostas dos inquiridos relativos às justificações para a ausência da mobilidade de pessoal de enfermagem.....	133
Quadro 15 – Respostas dos inquiridos relativos à periodicidade da mobilidade de pessoal de enfermagem.....	134
Quadro 16 – Respostas dos inquiridos que afirmaram que os resultados do SCD/E são analisados em Conselho de Administração.....	136

	Folha
Quadro 17 – Respostas dos inquiridos que afirmaram que os resultados do SCD/E não são analisados em Conselho de Administração.	137
Quadro 18 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica gestão da informação.....	140
Quadro 19 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica indicadores estatísticos.....	143
Quadro 20 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica qualidade total.....	145
Quadro 21 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica controlo da estrutura, processos e resultados.....	147
Quadro 22 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica organização e gestão de cuidados.....	149
Quadro 23 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica formação.....	150
Quadro 24 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica gestão de pessoas.....	153
Quadro 25 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica desempenho profissional.	155
Quadro 26 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica filosofia organizacional.....	156
Quadro 27 – Vantagens da utilização da informação e dos indicadores produzidos pelo SCD/E.....	157
Quadro 28 – Contributos do SCD/E na organização dos cuidados de enfermagem.	158

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Folha
Gráfico 1 – Distribuição dos inquéritos por questionário respondidos por Administração Regional de Saúde/Região Autónoma.....	113
Gráfico 2 – Representação das organizações hospitalares por níveis.....	114
Gráfico 3 – Representação da versão do SCD/E implementada.	116
Gráfico 4 – Representação dos inquiridos por género.....	117
Gráfico 5 – Representação dos inquiridos por grupo etário.....	118
Gráfico 6 – Representação dos inquiridos por formação académica.	119
Gráfico 7 – Representação dos inquiridos por formação profissional.	120
Gráfico 8 – Representação dos inquiridos por categoria profissional.....	121
Gráfico 9 – Representação das respostas dos inquiridos sobre o nível de qualidade dos cuidados de enfermagem.....	124
Gráfico 10 – Representação das respostas dos inquiridos que consideraram que os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade.	126
Gráfico 11 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se o SCD/E contribui para o desenvolvimento das áreas de gestão, investigação e enfermagem.....	131
Gráfico 12 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se a mobilidade do pessoal de enfermagem se efectua com base no SCD/E.....	132
Gráfico 13 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se o SCD/E faculta uma base sólida para a determinação das necessidades de pessoal.	135
Gráfico 14 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se os resultados do SCD/E são analisados em Conselho de Administração.	135
Gráfico 15 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se o Enfermeiro Director possui formação sobre o SCD/E.....	138

INTRODUÇÃO

Este estudo designado **Fundamentos para a gestão estratégica na saúde: A Enfermagem - O caso do sistema de classificação de doentes**, destina-se à obtenção do grau de Mestre em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, na Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, organizado pela Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

Para a concepção do estudo tive subjacente que as necessidades são ilimitadas e os recursos disponíveis são limitados, logo é necessário o estabelecimento de prioridades e a definição de objectivos, face à contenção dos custos com pessoal nas Organizações de Saúde. Se por um lado é necessário a rentabilização/optimização dos recursos face à sua subutilização, noutras unidades existe a sobreutilização dos profissionais de enfermagem. Assim, é crucial que no processo de decisão, os gestores estratégicos, táticos e operacionais, se baseiem em critérios objectivos de modo a alcançar a equidade na distribuição dos recursos.

O relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2005 confirma que o Produto Interno Bruto (PIB) tem crescido continuamente, assim em 1980 representava 5,6 %, em 1990 foi de 6,2 %, em 2000 foi 9,2 % e em 2003 corresponde a 9,6 %. Todavia as despesas com a saúde *per capita* (em Euros PPP) em Portugal, no ano de 2003 são das mais baixas da Europa sendo 1,797 Euros. Se por um lado as despesas totais de saúde em percentagem do PIB em Portugal apresentam valores significativos, os gastos *per capita* são dos mais baixos da Europa. Outro indicador é n.º de enfermeiros por 1000 habitantes, cujo valor em Portugal é de 4,2 sendo um dos valores mais baixos da Europa.

Os custos fixos com os recursos humanos em 1998 representavam 42 % da despesa total do Serviço Nacional de Saúde. Para Rodrigues (2002) esses custos representam cerca de metade dos orçamentos nas organizações hospitalares.

Tendo subjacente estes indicadores, os gestores devem possuir instrumentos que contribuam para a gestão eficiente e eficaz dos profissionais de enfermagem.

Questiono-me como pode ser utilizado um Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, para que as pessoas sejam geridas de modo eficaz,

eficiente e assim contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesta perspectiva enfatizo os cuidados humanizados, tendo subjacente a interacção entre quem presta e quem recebe cuidados. Pois, os enfermeiros devem tratar o doente cuidando-o, utilizando uma metodologia científica, adoptando como formas de actuação (fazer, ajudar, orientar e supervisionar, encaminhar e avaliar os cuidados de enfermagem) de acordo com o grau de dependência do utente sempre numa óptica holística ou seja atendendo às necessidades físicas, sociais e emocionais.

Henry et al desenvolveram um estudo internacional na área da enfermagem, onde identificaram alguns problemas comuns nos vários países, onde se incluem a carência de enfermeiros, a inadequação da informação e dos sistemas de suporte, Pereira (1997).

Em Portugal, os enfermeiros que desempenham funções ao nível das áreas de gestão e de assessoria manifestam preocupações comuns, entre outras *“as restrições orçamentais, a equidade no acesso aos cuidados de saúde, as alterações sociais e demográficas, a melhoria da qualidade, uma melhor distribuição e utilização dos recursos, a necessidade de desenvolver a investigação em enfermagem e a aplicação de dados à prática de enfermagem, a necessidade de melhorar a satisfação dos clientes, a necessidade de desenvolver a liderança em enfermagem, a necessidade de melhorar o reconhecimento social e a visibilidade da enfermagem”* (Pereira, 1997:35).

O objecto desta investigação, enquadra-se nas preocupações dos enfermeiros portugueses e da profissão de enfermagem, assim, as questões que estiveram subjacentes ao estudo foram:

- *Quais os sistemas de classificação de doentes em enfermagem que existem?*
- *Qual o sistema de classificação de doentes em enfermagem (SCD/E) adaptado em Portugal e como se desenvolveu?*
- *Como pode o SCD/E contribuir para a distribuição equitativa dos recursos a nível das unidades de cuidados e a nível organizacional?*
- *Quais os indicadores produzidos pelo SCD/E? Como podem ser utilizados na gestão da informação e apoiar no processo de decisão a nível estratégico?*
- *Como pode o SCD/E contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem?*

- Como pode ser utilizado, o SCD/E pelos/as Enfermeiros/as Directores/as no cálculo/dotação/dimensionamento de pessoal de enfermagem, para as unidades de cuidados e para a elaboração dos mapas/quadros de pessoal das organizações de saúde?

Foram algumas das questões sobre as quais reflecti e que serviram de fio condutor da pesquisa.

O SCD/E foi adaptado à realidade portuguesa e implementado em 1984, com o apoio de uma consultora e administradora do memorial Hospital de Fall River – USA, sob a tutela do Ministério da Saúde.

O SCD/E foi integrado no sistema de informação para a gestão dos serviços de saúde consistindo na *“categorização dos doentes por indicadores críticos de acordo com as necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido”* (DDSFG, 2005a:9) e visa proporcionar informação ao enfermeiro gestor de modo a gerir eficientemente os recursos humanos e assim contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao nível estratégico o SCD/E visa contribuir para a determinação dos objectivos de produtividade, definição da política de recrutamento, distribuição equitativa da carga de trabalho, determinação de padrões de qualidade do desempenho e para a definição da formação em serviço.

Na selecção do objecto de estudo foi determinante ter participado no projecto desde que se iniciou a sua implementação em Portugal, mais concretamente no Hospital Espírito Santo – Évora, em 1985. Ao longo dos anos participei na sua operacionalização, como gestor operacional tendo desempenhado funções de Auditor Interno e de Auditor Externo. Colaborei como formador a nível nacional, nas organizações hospitalares que manifestaram interesse em implementar o SCD/E ou quando pretenderam alargar a sua aplicabilidade a outras unidades de cuidados.

Presentemente utilizo o SCD/E como gestor estratégico no HESE. Porém, a razão decisiva da escolha desta área temática foi ter constatado a ausência de estudos sobre o SCD/E a nível estratégico, pelo que desconheço como os/as Enfermeiros/as Directores das organizações hospitalares utilizam o SCD/E, no processo de tomada de decisão e na gestão de recursos, de modo a contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Recentemente foram publicados diversos suportes legislativos preconizando que o/a Enfermeiro/a Director/a, deve propor a criação de um sistema efectivo de classificação de utentes/doentes que permita determinar as necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção.

Mas, o facto decisivo na selecção do objecto de estudo e da pesquisa foi a recente implementação (2005) do Manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação – edição 03, porque permitiu uniformizar procedimentos e condutas de todos os actores sociais que participam na operacionalização do SCD/E.

Sendo um estudo pioneiro pretendo que seja um contributo válido e que as conclusões permitam adoptar estratégias preventivas e correctivas de intervenção, de modo a contribuir para a melhoria contínua da qualidade nas áreas da gestão, da investigação e da prestação dos cuidados de enfermagem.

Assim, defini como pergunta de partida: *Como utilizam os Enfermeiros Directores das Organizações Hospitalares a nível nacional, o sistema de classificação de doentes de modo a gerir os recursos humanos e contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem.*

Para dar resposta à pergunta defini como objectivo geral:

- Analisar como os Enfermeiros Directores utilizam o SCD/E na gestão dos recursos humanos e da qualidade dos cuidados de enfermagem hospitalares.

Estabeleci como objectivos específicos do estudo:

- Caracterizar a gestão estratégica dos recursos humanos nas Organizações Hospitalares onde está implementado o SCD/E.

- Descrever os contributos do SCD/E como sistema de informação e de apoio na tomada de decisão.

- Indicar os contributos do SCD/E para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Tendo subjacente as dimensões definidas e a população em análise, optei como método de pesquisa o paradigma quantitativo e como técnica de recolha de dados o inquérito por questionário postal.

Organizei a estrutura da dissertação em sete capítulos. No primeiro capítulo denominado as pessoas e as organizações de saúde, descrevo as pessoas como um recurso vital para o sucesso organizacional, analiso as organizações como sistemas abertos, o enquadramento legal das organizações de saúde e do

subsistema profissional da enfermagem. No segundo capítulo abordo a gestão estratégica e a qualidade organizacional em enfermagem, onde descrevo a gestão das pessoas, os subsistemas da administração dos recursos humanos, o conceito multidimensional de qualidade e a norma ISO, em seguida analiso os indicadores produzidos pelo SCD/E. No terceiro capítulo descrevo a gestão da informação em enfermagem e dos sistemas de informação, sistemas de classificação subjectivos e objectivos e o SCD/E adaptado em Portugal. O quarto capítulo refere-se às opções metodológicas e procedimentos analíticos, relacionadas com os métodos, técnicas de recolha e tratamento de dados. A população foi constituída pelos 39 Enfermeiros/as Directores/as das Organizações Hospitalares, onde está implementado o SCD/E. No capítulo cinco descrevo a percepção dos inquiridos sobre o SCD/E, em seguida descrevo as considerações finais. Finalmente elaboro algumas recomendações para um projecto de intervenção sócio-organizacional

Como limitações relativas aponto o factor temporal e a disponibilidade pois exerço funções de Enfermeiro Director no Hospital do Espírito Santo – Évora e sou Regente da Unidade Curricular de Administração dos Serviços de Saúde, na Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Évora.

1 – AS PESSOAS E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Com a industrialização, o mercado do trabalho tornou-se sofisticado e complexo, pelo que foi necessário encontrar estratégias para desenvolver as pessoas, adequá-las aos contextos tecnológicos de trabalho e criar condições para retê-las nas organizações.

Nesse contexto de mudança, a formação contribuiu para o desenvolvimento de expectativas e das exigências das pessoas face às condições de trabalho, de forma a operacionalizar as competências adquiridas.

Por outro lado as mudanças sociais, económicas e culturais, implicaram que as organizações adoptassem uma perspectiva sistémica, onde saliento a interdependência das partes, a multidisciplinaridade entre as ciências, a multicausalidade dos fenómenos, a visão probabilística, a participação dos diferentes subsistemas e a abertura da organização face ao meio envolvente.

O contexto organizacional actual é complexo, instável e turbulento, pelo que a gestão dos recursos é crucial, no entanto são as pessoas o capital intelectual das organizações *“deixam de ser o problema para as organizações para ser a solução dos seus problemas”* (Chiavenato, 2003:11).

De modo a alcançar os seus objectivos, as organizações têm colocado ênfase nos recursos que são problemáticos, difíceis e escassos face às necessidades organizacionais. Assim, as organizações devem conciliar os objectivos organizacionais com os objectivos individuais dos colaboradores e deste modo alcançar a sua missão.

Face à crescente globalização, as organizações enfatizam predominantemente as áreas da produtividade, qualidade, competitividade e conhecimento. Assim, nas organizações modernas, adquirem papel decisivo os subsistemas de desenvolvimento e monitorização de recursos humanos.

Philippe Bernoux considera que a organização constitui um *“sistema social organizado para a realização de certos fins”* (Bernoux, s.d.:101), pelo que deve ser estruturada tendo por base a singularidade das pessoas, porque nascemos, crescemos e trabalhamos em organizações, estudamos e rezamos em organizações, recuperamos a nossa saúde e desfrutamos do nosso lazer em organizações, pagamos os nossos impostos em organizações e até quando

infringimos as regras da vida em sociedade cumprimos a pena em organizações. Assim, a vida inicia-se e termina nas organizações.

Stewart Clegg descreve as organizações como uma *“acção intencional orientada para a realização de certos objectivos e consubstanciada na rotina, na reprodução contínua da acção social, nas relações sociais e nas estruturas sociais, aquilo a que normalmente designamos de organizações complexas”* (Clegg, 1998:31). Como as organizações são constituídas por pessoas, estas devem trabalhar em articulação e de modo estruturado para alcançar os objectivos e as metas. Stoner e Freeman (1995) consideram que as organizações repercutem os valores e as necessidades sociais, permitem alcançar os objectivos e metas, guardam e protegem a maior parte da informação de modo a aumentar o nível de conhecimentos.

Finalmente são consideradas fontes de sobrevivência dos seus membros, de satisfação e auto-realização pessoal. Sebastião Teixeira (1998) citando Barnard considera que qualquer organização *“é composta por duas ou mais pessoas, que interagem entre si, através de relações recíprocas, para atingirem objectivos comuns”* (Teixeira, 1998:21). Subjacente à existência das organizações estão razões sociais, materiais e de sinergia. As razões sociais referem-se à necessidade de relacionamento entre e com outras pessoas, as razões materiais referem-se à eficiência na execução das tarefas e actividades, na redução do factor tempo para alcançar o/a objectivo/meta e ainda a acumulação e armazenamento do conhecimento. A sinergia relaciona-se com o facto, de que o efeito produzido é superior à soma dos efeitos isolados.

Numa perspectiva sistémica, qualquer organização é condicionada pelo meio, daí ser definida como um *“conjunto de duas ou mais pessoas, inseridas numa estrutura aberta ao meio externo, trabalhando em conjunto e de modo coordenado para alcançar os objectivos”* (Ferreira; Neves e Caetano, 2001:xxxi). De modo a que as organizações consigam alcançar os objectivos traçados, deverão ter subjacente o processo de administração, que engloba as fases de: planeamento; organização; direcção ou liderança e controlo. O planeamento consiste na determinação do que deve ser feito e como fazê-lo. A organização assenta na definição das relações formais entre as pessoas e entre estas e os recursos disponíveis, de modo a alcançar os objectivos traçados. A direcção ou liderança consiste no processo de influenciar, determinar e afectar o comportamento dos outros. O controlo resume-se

à comparação entre o desempenho da organização “performance organizacional” e os resultados previamente definidos.

Erhard Friedberg descreve a organização *“não como objecto social singular, mas como processo de construção de uma ordem local”* (Friedberg, 1995:30). Partilho desta concepção, pois cada colaborador da organização é co-responsável pelo funcionamento da organização e pelo alcance dos objectivos organizacionais e que são: eficiência; eficácia; sobrevivência; crescimento e fornecimento de um serviço. Os objectivos devem ser comungados pelos diferentes subsistemas de uma organização, em articulação e permuta com o contexto organizacional interno e o externo, ou seja adoptando uma perspectiva sistémica.

1.1 – AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE COMO SISTEMAS ABERTOS

Philippe Bernoux partilha da ideia de Selznick ao considerar que *“face aos constrangimentos externos e às pressões internas permanentes, uma organização não pode deixar de se adaptar a menos que permaneça sem atingir os objectivos que ela se atribuiu ou morra”* (Bernoux, s.d.:103). Neste âmbito Teixeira (1998) considera que as fases do ciclo de vida de uma organização são a formação, crescimento, maturidade, declínio ou redefinição e morte. Efectivamente a “performance organizacional” plena pode ser alcançada na fase de maturidade da organização, mas é condicionada por factores internos e externos, também designados stakeholders. Estes constituem *“grupo(s) ou indivíduos que directa ou indirectamente condicionam as actividades de uma organização”* (Stoner e Freeman, 1995:47).

Numa perspectiva sistémica, o ambiente interno ou imediato engloba as forças endógenas, constituídas pelos: recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos. Neste ambiente encontram-se ainda as forças exógenas, onde se incluem: clientes, fornecedores, concorrentes e entidades reguladoras.

No ambiente externo ou mediato incluem-se entre outras, as variáveis sociais, culturais, económicos, políticos, demográficos, tecnológicos, legais...

No contexto das organizações hospitalares, Graça (1996) preconiza a existência de factores endógenos e exógenos (por ex. papel da ciência e tecnologia médica, evolução do ensino e prática da medicina, organização das profissões de saúde, associações profissionais, desenvolvimento dos sistemas de protecção

social, alteração dos padrões de mortalidade e morbilidade, representações sociais e modelos explicativos da saúde/doença, política e legislação de saúde, financiamento, afectação de recursos). O ambiente externo engloba entre outros factores: políticos, económicos, culturais, ecológicos, legais, demográficos, tecnológicos, ...).

Face ao contexto interno e externo torna-se prioritário que as organizações em geral e em particular, as da área da saúde procurem uma adaptação contínua e dinâmica, face à instabilidade, às ameaças e oportunidades, aos pontos fortes e pontos fracos, no entanto as fronteiras são permeáveis, o que requer uma análise contextualizada (Figura 1).

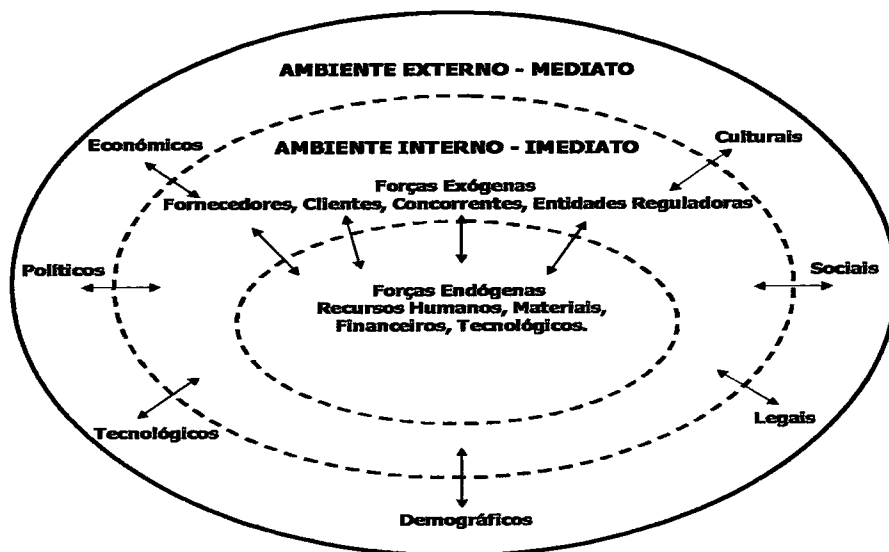
No ambiente externo situam-se entre outros, os factores legais (limitações à contractualização de recursos humanos) e os económicos (redução dos custos fixos com pessoal) e o número de enfermeiros formados e disponíveis no mercado do trabalho. Estes são alguns dos factores, que determinam e condicionam o número de enfermeiros disponíveis nas organizações hospitalares.

Nesta perspectiva sistémica *“a organização implica uma fronteira definida através da qual fluem entradas e saídas do e para o ambiente”* (Clegg, 1998:58), existindo uma interdependência dinâmica entre as organizações e o ambiente, assim ocorre a *“importação de recursos e energia do ambiente, tendo em vista a sua utilização em benefício do sistema interno”* (Clegg, 1998:58).

Considero que a articulação entre o ambiente interno e o externo condiciona a *“performance organizacional”*, sendo essencial *“compreender os mecanismos de regulação que governam o conjunto do sistema organização/meio e que condicionam as respostas dos membros da organização”* (Friedberg, 1995:95).

Carlos da Silva com base na tese de Reed defende que *“uma organização não depende única e exclusivamente do exterior, mas é a sua capacidade de estruturação a nível interno que contribuirá para a forma como consegue sobreviver”* (Silva, 2001:221). Considera ainda que um sistema *“fundado em pressupostos de autoregulação, pode ser interpretado, por um lado, como sendo “normativamente” fechado e, por outro lado, aberto, dito no sentido cognitivo, na sua relação com o meio ambiente”* (Silva, 2001:213).

Figura 1 – Esquema relacionando as forças do ambiente interno e externo das organizações



Fonte: Adaptado de TEIXEIRA, Sebastião – Gestão das Organizações, 1998:26

Se por outro lado vivemos na era da competitividade e da informação, considero crucial para alcançar o sucesso organizacional, que seja operacionalizada a optimização/racionalização dos recursos e a (re)estruturação das organizações e do seu funcionamento.

Estes factos implicam a adopção de uma estratégia de rentabilização dos recursos. Como podem os enfermeiros ser mobilizados dentro da própria organização, de modo a satisfazer as necessidades dos utentes/doentes/clientes? (No decorrer da dissertação utilizei indistintamente as designações utente/doente/cliente, dado não haver nenhuma preferência especial por uma ou outra designação e ambas serem adequadas ao contexto).

No entanto, os gestores de enfermagem confrontam-se com orçamentos cada vez mais diminutos, o que implica a racionalidade e flexibilidade da gestão, tendo por objectivo o equilíbrio na afectação dos recursos e portanto entre os cuidados de enfermagem necessários e os cuidados prestados.

Paralelamente como gestor confronto-me com uma avaliação predominantemente quantitativa, mas em que a qualidade adquiriu um papel preponderante para os colaboradores e para os nossos doentes.

Alguns teóricos consideram que *“estas alterações estão a ser enfrentadas pelas organizações através de cortes drásticos e estratégicos nos níveis hierárquicos, promovendo formas de gestão proactivas, preocupando-se cada vez mais com avaliação das opções de gestão, substituindo o controle operacional. Trata-se de gerir processos e não tarefas. Pretende-se colocar os níveis de decisão tão próximos quanto possível da execução, ou seja, no ponto onde surgem os problemas”* (Monteiro, 2003:18). Num contexto de grande complexidade, formalização e diferenciação, a proximidade entre o nível estratégico e o operacional é crucial, sendo uma das ideias chave de Mintzberg (1995).

Gareth Morgan partilha da ideia de Clegg ao considerar que as organizações são complexas considerando-as *“ambíguas e repletas de paradoxos ... o verdadeiro desafio é aprender a lidar com esta complexidade”* (Morgan, 1996:14).

As organizações de saúde constituem uma das mais complexas organizações do mundo moderno, decorrente da sofisticada tecnologia que o seu funcionamento exige. No entanto precisam adoptar uma reacção pró-activa e dinâmica face às exigências do meio ambiente, que está em constante mudança. Mas devemos ter subjacente que os profissionais da saúde convivem directamente com problemas e dificuldades de outras pessoas, com o sofrimento, a dor e a morte. As organizações de saúde constituem um sistema psicossocial complexo pois a *“sua matéria-prima é humana, seu produto é humano, seu trabalho é feito principalmente por mãos humanas e seu objectivo é humano – serviço directo prestado a pessoas”* (Gonçalves, 1987:36).

Nas organizações de saúde o doente é o elemento chave, pois representa a sua matéria-prima sendo simultaneamente o produto final.

Neste mundo da globalização, onde persiste a instabilidade, a mutabilidade, devem as organizações (re)pensar que *“jamais existiriam sem as pessoas que lhes dão vida, dinâmica, impulso, criatividade e racionalidade”* (Chiavenato, 1999:4).

No contexto das organizações de saúde, estas dependem hierárquica e funcionalmente das Administrações Regionais de Saúde, em termos de gestão de recursos e que de acordo com o Dec.Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro art. 5 são:

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

- A Administração Regional de Saúde do Norte, com sede no Porto, engloba as Administrações Regionais de Saúde de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real.

- A Administração Regional de Saúde do Centro, com sede em Coimbra, engloba as Administrações Regionais de Saúde de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu.

- A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa, engloba as Administrações Regionais de Saúde de Lisboa, Santarém e Setúbal.

- A Administração Regional de Saúde do Alentejo, com sede em Évora, engloba as Administrações Regionais de Saúde de Évora, Beja e Portalegre.

- A Administração Regional de Saúde do Algarve, com sede em Faro, engloba a Administração Regional de Saúde de Faro.

As regiões autónomas dos Açores e da Madeira possuem regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde.

Pelo Desp. 10/86 de 5 de Maio, Desp. 23/86 de 16 de Julho e Desp. 32/86 de 5 de Setembro, são categorizados os hospitais por níveis, assim existem:

"Hospital nível 1 – incluem as valências básicas (medicina, cirurgia, obstetrícia/ginecologia, pediatria, podendo excepcionalmente, haver casos em que se inclua também a ortopedia).

Hospital nível 2 – incluem as valências previstas para os hospitais de nível 1 e a maioria ou a totalidade das valências intermédias (otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, gastroenterologia e psiquiatria de agudos).

Hospital nível 3 – incluem todas as valências básicas e intermédias, assim como a maioria das diferenciadas (dermatovenereologia, cardiologia, neurologia, pneumologia, infeccologia e fisiatra) e, eventualmente, uma ou outra das altamente diferenciadas (endocrinologia, nefrologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia cardíaco-torácica, cirurgia vascular, neurocirurgia e outras especialidades, subespecialidades ou competências existentes ou a criar nos hospitais de mais alta diferenciação

Hospital nível 4 – incluirão valências de todos os tipos, sendo caracterizados pela existência de várias valências altamente diferenciadas e correspondem, globalmente, aos actuais hospitais centrais.

Hospital especializado – organização hospitalar em que predominam camas adstritas a uma dada determinada valência ou que presta cuidados a utentes de determinado grupo etário”.

De acordo com a Portaria n.º 281/2005 de 17 de Março são 82 as unidades hospitalares, (não contabilizando as unidades psiquiátricas) das quais 31 possuem o regime jurídico de Sociedades Anónimas (recentemente transformadas em Empresas Públicas Empresariais) e 51 possuem o regime jurídico do Sector Público Administrativo.

O SCD/E está implementado em Hospitais de Nível 1,2,3 e 4 e em Hospitais Especializados, que no total perfazem 39 organizações de saúde, estando em fase preparatória o Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém e no Hospital de Santa Maria – Lisboa.

A administração das organizações devem adoptar uma abordagem sistémica, consubstanciada na interdependência das partes, ênfase no processo, probabilismo, multidisciplinaridade, concepção multicausal, carácter descritivo, carácter multimotivacional, participação, abertura e ênfase nos papéis.

Mas efectivamente o mais relevante da administração sistémica relaciona-se com o facto das organizações serem sistemas dentro de outros sistemas, ou sejam macrossistemas. No entanto pode ser entendida com um conjunto de microssistemas, que abrange o sistema de recursos humanos entre outros, e onde se inclui o subsistema de enfermagem.

1.2 – O SUBSISTEMA DE ENFERMAGEM NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: ENQUADRAMENTO PROFISSIONAL

Uma organização hospitalar é constituída por inúmeros profissionais, todos necessários ao seu funcionamento, no entanto os profissionais de enfermagem adquirem grande importância, pois constituem um dos maiores grupos profissionais das organizações e porque nos últimos anos a enfermagem sofreu um grande desenvolvimento técnico, científico e relacional, constituindo um subsistema vital para qualquer organização de saúde.

Assim no preâmbulo do Dec.-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) é reconhecido a importância da enfermagem na área da saúde, pois *“registou entre nós, no decurso*

dos últimos anos uma evolução no que respeita à complexidade e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor, o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde” (REPE, 1996:2959). A enfermagem é entendida *“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 a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (REPE, 1996:2960).

Relativamente à caracterização dos cuidados de enfermagem, estes baseiam-se na interacção entre enfermeiro e utente, individuo, família, grupos e comunidade, no estabelecimento de uma relação de ajuda, na utilização da metodologia científica e nas formas de actuação (fazer, ajudar, orientar e supervisionar, encaminhar e avaliar os cuidados de enfermagem) de acordo com o grau de dependência do utente.

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

O conteúdo funcional dos enfermeiros está regulamentado pelo Dec.-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, com as alterações introduzidas pelo Dec.-Lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro contempla 3 áreas de actuação de enfermagem: prestação de cuidados, gestão e de assessoria técnica.

Por outro lado, a carreira está organizada em 3 níveis:

- Nível 1 que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

- Nível 2 que integra as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe.

- Nível 3 que integra a categoria de enfermeiro supervisor.

Pelo Dec.-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, o enfermeiro é um profissional com um curso adequado e inscrito na Ordem dos Enfermeiros, e que contemplando 2 títulos:

- Enfermeiro generalista, como sendo o profissional de enfermagem que possuem *“competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção”* (OE, 1998:1742) e que engloba os níveis de enfermeiro e enfermeiro graduado.

- Enfermeiro especialista, como sendo o profissional habilitado com um curso adequado, a quem é reconhecida *“competência científica, técnica e humana para a prestar, para além dos cuidados de gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade”* (OE, 1998:1742) e que engloba os enfermeiros detentores de uma especialidade.

Nos dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2005) pode-se constatar que a taxa de feminização corresponde a 81,30% e a taxa de masculinização representa 18,70 % (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição dos enfermeiros por género

Género	Total	%
Feminino	39286	81,30
Masculino	9010	18,70
Total	48296	100

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (Dezembro 2005)

Constata-se que 85,84 % dos profissionais de enfermagem possuem a formação base e apenas 14,17 % dos enfermeiros possuem formação específica para o exercício especializado da profissão (Quadro 2).

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Quadro 2 – Distribuição dos enfermeiros por título profissional e por género

Título profissional	F	M	Total	%
Enfermeiro Generalista	33664	7776	41440	85,84
Especialista em Enfermagem de Reabilitação	681	368	1049	2,17
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil Pediátrica	930	57	987	2,04
Especialista em Enfermagem de Saúde Materno Obstétrica	1572	69	1641	3,39
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	880	299	1179	2,44
Especialista em Enfermagem na Comunidade	923	146	1069	2,21
Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica	636	295	931	1,92
Total de Especialistas	5622	1234	6856	14,17
Total Geral	39286	9010	48296	100

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (Dezembro 2005)

Relativamente às modalidades de regime de trabalho praticados pelos enfermeiros, estão regulamentadas no Dec.-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro - art. 54 n.º 1, com as alterações introduzidas pelo Dec.-Lei n.º 412/98 de 30 de Dezembro contempla o regime de tempo:

- completo, com a duração de trinta e cinco horas semanais.
- parcial, com duração de vinte ou vinte e quatro horas semanais, constituiu um regime excepcional e pode ser autorizado, caso a caso, pelo dirigente máximo do estabelecimento, tendo subjacente requisitos descritos nos suportes legislativos.
- horário acrescido, com a duração de quarenta e duas horas semanais, que pode ser aplicado nos casos em que o funcionamento do serviço o exija, sendo essa necessidade reconhecida pelo órgão máximo de gestão.

A dissertação insere-se na área de actuação da gestão, sendo a população alvo os Enfermeiros Directores, não constitui uma categoria da carreira de enfermagem, mas um cargo. Na medida em que os Enfermeiros Directores são nomeados pelo Ministro da Saúde, sob proposta do Presidente do Conselho de Administração, conforme Dec.Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto, art. 5 - Composição e nomeação do conselho de administração para os hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) e nos suportes legislativos referentes às Sociedades Anónimas (SA). Estas foram transformadas em Entidades Públicas Empresarias (EPE) conforme Dec.Lei n.º 93/2005 de 7 de Junho.

Deste modo o conteúdo funcional do Enfermeiro Director, quer nas SPA quer nas EPE é sobreponível e encontra-se regulamentado na Secção II Área de actuação de gestão, art. 8, n.º 3 do Dec.-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, as funções são: integrar os órgãos de gestão; elaborar o plano de acção anual para o serviço de enfermagem; definir padrões e indicadores de cuidados de enfermagem; definir políticas de formação e de investigação; compatibilizar objectivos organizacionais com objectivos do subsistema de enfermagem; elaborar propostas referentes a quadros e mapas de pessoal de enfermagem; elaborar propostas de admissão, distribuição e de mobilidade de pessoal; criar ou manter um efectivo sistema de classificação de utentes/doentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem; coordenar estudos para determinação custo/benefício dos cuidados de enfermagem; coordenar e avaliar o exercício profissional dos enfermeiros supervisores e finalmente a avaliação de todos os enfermeiros das outras categorias.

A OE considera que a tomada de decisão de enfermagem deve assumir uma abordagem sistémica e ordenada, deste modo implica uma apreciação e identificação das necessidades de cuidados de enfermagem do doente, família ou comunidade e a determinação das intervenções de enfermagem, de acordo com os problemas reais e os potenciais.

Mas a OE alerta que compete às organizações *“adequar os recursos e criar estruturas capazes de permitir um exercício profissional de qualidade”* (OE, 2004a:4).

No fórum sobre recursos humanos realizado no Canadá em 2001, promovido pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros, considerou-se que as organizações *“ganharão em adoptar um sistema de classificação de doentes, uma vez que permite o cálculo do nível de cuidados necessários, bem como o número de horas necessárias. Com base nestas informações, a distribuição de serviço aos enfermeiros resultará mais racional e equilibrada”* (OE, 2004b:9).

Em termos nacionais, vivenciam-se grandes mutações na área da saúde, consubstanciadas pela publicação de inúmeros suportes legislativos, onde se inclui a Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, define no art. 2 que os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir de uma das seguintes figuras jurídicas:

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.
- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
- Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

O Capítulo II engloba os Hospitais do sector público administrativo (SPA) que subdivide em estabelecimentos públicos e estabelecimentos públicos com natureza empresarial. O Capítulo III engloba as sociedades anónimas de capitais públicos e o capítulo IV relaciona-se com os estabelecimentos privados.

Complementarmente ao definido na carreira de enfermagem, também no Dec.Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto (SPA) está regulamentado no art. 13, n.º 4, alínea h) que o enfermeiro director deve propor a criação de um sistema efectivo de classificação de utentes/doentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção.

Nos suportes legislativos referentes às sociedades anónimas, o legislador mantém o referido anteriormente. Mais recentemente, as sociedades anónimas foram transformadas em Entidades públicas empresariais (EPE) conforme Dec.Lei n.º 93/2005 de 7 de Junho.

Face ao exposto verifica-se uma maior solicitação das organizações hospitalares junto do IGIF para implementarem o SCD/E, como instrumento de apoio ao processo de tomada de decisão, na gestão de recursos humanos e na qualidade dos cuidados.

2 – A GESTÃO ESTRATÉGICA DOS RECURSOS HUMANOS E DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL EM ENFERMAGEM

Vivemos numa era de reestruturação e de incerteza, face ao exposto, o presente e o futuro das organizações, são cada vez mais incertos. Esta imprevisibilidade está associada a um processo de mudança organizacional muito rápida, implicando a meditação dos órgãos de gestão aos diferentes níveis da estrutura organizacional. Deste modo a gestão deve ser criativa, inovadora, flexível, pró-activa, tendo como finalidade a tomada de decisão eficiente e eficaz, de modo a garantir a gestão dos recursos disponíveis e assim contribuir para a qualidade.

Para Mezomo (2001), a administração “comprometida” de uma organização é aquela que conduz e lidera o processo de procura da excelência, na qual os administradores devem ter plena consciência de si próprios e do sentido da sua função, devem sentir a grandeza do seu trabalho e terem capacidade de executá-lo com perfeição. Assim, a gestão estratégica consiste num processo global que visa a eficácia e a eficiência, co-responsabilizando-se todos os gestores pelo crescimento, desenvolvimento e implementação estratégica. Sendo um processo contínuo de decisão e que condiciona a “performance” organizacional, tem de proceder à análise Swot ou seja a identificação de oportunidades e ameaças, mas também dos pontos fortes e fracos. As organizações de sucesso devem maximizar as oportunidades e os pontos fortes, minimizar as ameaças e os pontos fracos, ou transformar as ameaças em oportunidades.

A gestão estratégica implica a análise interna dos recursos e das suas competências, bem como a análise das dinâmicas da envolvente externa, de modo a alcançar a eficiência e eficácia organizacional. Cardoso (1995) considera que a gestão estratégica engloba a definição da missão e dos objectivos estratégicos, a análise do ambiente externo (mediato) e do interno (imediato) e a escolha da estratégia. Assim, a gestão estratégica engloba a análise e diagnóstico, a escolha da estratégia, a implantação da estratégia e o controlo.

Considero que as estratégias e o processo de gestão estratégica, constituem um binómio fundamental, que articulados podem determinar/condicionar o sucesso organizacional. Mas, a ausência de estratégias e da gestão estratégica podem assumir um papel decisivo, no ciclo de vida de qualquer organização, podendo determinar o fracasso organizacional, o declínio e a morte da organização.

Igor Ansoff (1989) na sua obra *Stratégie du développement de l'entreprise* considera fundamental a articulação entre os níveis da estrutura organizacional, pois se a gestão corrente permite realizar (executar), a gestão estratégica coloca a empresa em posição de realizar.

A vantagem competitiva de uma organização consiste em colocar as pessoas no centro, no coração da organização. Bilhim (2004) considera que presentemente existe uma pressão para a redução dos custos, de modo a adquirir vantagens competitivas, o que implica reinventar novos estilos de gestão das pessoas, nesta premissa inclui-se o objecto do estudo: o sistema de classificação de doentes em enfermagem (SCD/E) como instrumento de gestão de recursos humanos, de apoio ao processo de tomada de decisão e de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A qualidade emergiu nos sectores da economia como medida de sobrevivência e de competitividade das empresas e dos serviços, tornando-se numa prioridade política e cultural enquanto estratégia ou meta. A evolução do conceito de qualidade está relacionada com transformações na área industrial e empresarial, como variável estratégica visa compatibilizar a melhoria dos cuidados, através da gestão eficiente e eficaz dos recursos, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e do pessoal de saúde.

A qualidade tornou-se um tema prioritário, em todas as áreas de actividade, por cinco razões:

- Profissionais, porque as pessoas querem trabalhar melhor e assim adquirir maior prestígio;
- Éticas, para assumirmos a confiança que nos é depositada pela sociedade;
- Políticas, porque constitui uma prioridade estratégica;
- Económicas, porque os recursos financeiros são escassos (limitados) e as necessidades são inúmeras (ilimitadas) e
- Sociais, porque a sociedade e a população é cada vez mais exigente.

Na década de 80 a qualidade nas profissões de medicina e de enfermagem, adquiriu maior ênfase devido:

- Às novas tecnologias disponíveis sendo cada vez mais eficazes;
- Ao aumento das expectativas por parte da população;
- Ao aumento do custo dos cuidados, o que obriga a uma maior eficiência;
- Há inclusão da qualidade no discurso político;

- Há melhoria do nível económico e educacional da população;
- Ao interesse dos profissionais de modo a melhorarem o seu desempenho;
- Devido ao problema da sobrevivência empresarial, na era da competitividade só os melhores poderão continuar a existir.

Como as organizações são constituídas por pessoas e dependem delas para alcançar a missão, as metas e os objectivos organizacionais e como as pessoas são dotadas de conhecimentos, habilidades e capacidades, devem os gestores envolvê-las como parceiros das organizações, na procura da excelência dos cuidados. Nesta perspectiva, os gestores estratégicos devem cuidar dos seus colaboradores como elementos cruciais para alcançar a eficiência e a eficácia organizacional.

2.1 – A GESTÃO ESTRATÉGICA DAS PESSOAS

A administração de recursos humanos sendo uma área multidisciplinar engloba conhecimentos e saberes de inúmeras áreas como a Sociologia Organizacional, Psicologia do Trabalho, Direito, Medicina do Trabalho.

Assim o perfil do gestor de recursos humanos deve englobar:

- Visão generalista.*
- Preocupação com os resultados.*
- Actuar em parceria.*
- Acção estratégica.*
- Actualização das competências.*
- Incentivar a qualificação e motivação do pessoal.*
- Capacidade integradora e de negociação” (Gil, 1994:29).*

Para Bilhim (2004) a perspectiva actual da gestão estratégica de recursos humanos baseia-se em duas escolas dos EUA: Michigan e Harvard.

Na escola Michigan Business School (MBS), cujos expoentes teóricos foram Tichy, Frombun e Devana, também designada por abordagem contingencial, preconiza que a gestão de pessoas deve ser desenvolvida em conformidade com os objectivos organizacionais, de modo a alcançar a melhoria da qualidade e da produtividade. Assim a eficácia organizacional está directamente relacionada com as práticas e políticas de gestão dos recursos humanos. O alinhamento dos recursos e das estratégias organizacionais é crucial num clima de incerteza e

turbulência, implicando uma maior flexibilidade, coerência, pertinência e adaptação dos recursos.

Tichy, Frombun e Devana consideram que a missão e a estratégia determinam a razão de existência da organização, o que determina os recursos humanos, financeiros e tecnológicos.

Na escola Harvard, os expoentes teóricos foram Beer, Spector, Lawrence, Mills e Walton, esta perspectiva enfatiza os stakeholders, assim no *“processo de gestão das pessoas, envolvem-se todas as decisões e acções de gestão que afectam a natureza da relação entre a organização e os seus recursos humanos”* (Bilhim, 2004:43). Deste modo o papel da gestão estratégica é a convergência de interesses e equilíbrio entre os stakeholders internos e externos.

Bilhim entende que a gestão de recursos humanos *“trata fundamentalmente da articulação e ajustamento entre as pessoas que trabalham na organização e as necessidades estratégicas desta, assegurando a total utilização dos recursos humanos disponíveis”* (Bilhim, 2004:69). Considera ainda que *“os recursos humanos hoje não constituem apenas mais um dos recursos das organizações, mas antes, na sociedade da informação onde a mudança é constante, constituem o recurso estratégico. Representam aquele factor crítico sem o qual não há forma de competir e ter sucesso”* (Bilhim, 2004:7).

Bilhim citando os trabalhos de Becker e de Schultz, considera os recursos humanos como o capital humano, cujo valor activo é o mais valioso. Considerando que a gestão de recursos humanos enquadrados na estratégia organizacional baseia-se *“na capacidade que esta tem de mobilizar os seus recursos humanos”* (Bilhim, 2004:40).

Assim o actual paradigma da gestão não considera os recursos financeiros, tecnológicos ou logísticos como os principais factores competitivos, mas sim as pessoas. João Bilhim considera que *“as novas tecnologias, nomeadamente da informação e comunicação, vêm influenciar a gestão e a gestão de recursos humanos com a automatização de processos de gestão”* (Bilhim, 2004:53). Neste âmbito, enquadra-se o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, como um sistema de informação e de apoio à tomada de decisão, na gestão estratégica, tática e operacional dos recursos humanos de modo a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

No Quadro 3 e de acordo com Chiavenato (2003) a gestão/administração de recursos humanos engloba cinco subsistemas, que estão relacionados e articulados de modo a contribuir para o crescimento e desenvolvimento organizacional. Os subsistemas quando integrados contribuem para alcançar o desenvolvimento dos recursos humanos e permitem alcançar a “performance organizacional”.

Quadro 3 – Subsistemas de administração de recursos humanos

Subsistemas	Assuntos abrangidos
Provisão	Planejamento de recursos humanos. Recrutamento de pessoal. Seleção de pessoal.
Aplicação	Descrição e análise de cargos. Avaliação do desempenho humano.
Manutenção	Compensação. Benefícios sociais. Higiene e segurança. Relações sindicais.
Desenvolvimento	Treinamento e desenvolvimento de pessoas. Desenvolvimento organizacional.
Monitorização	Banco de dados e sistemas de informação. Auditoria de recursos humanos.

Fonte: Reproduzido de CHIAVENATO, Idalberto – Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos – como incrementar talentos na empresa, 2003:13

Procurando relacionar os subsistemas de recursos humanos descritos por Chiavenato e o Sistema de Classificação de Doentes, considero que constitui um instrumento de gestão/administração aos diferentes níveis da estrutura organizacional e que engloba:

Provisão – porque fornece dados, informação e conhecimento que permite proceder ao planeamento quantitativo de recursos humanos, ao recrutamento e selecção de pessoal, procurando uma adequação dos recursos humanos às necessidades dos doentes.

Aplicação – porque contribui para a organização do trabalho de enfermagem e a análise e descrição de funções, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade.

Manutenção – porque permite a distribuição da carga de trabalho face aos recursos disponíveis (compensação) contribuindo para o exercício profissional de qualidade e de acordo com o preconizado na Carreira de Enfermagem e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, nas vertentes científica, técnica e relacional ou seja numa perspectiva de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Desenvolvimento – porque contribui para o crescimento e desenvolvimento dos enfermeiros como pessoas, profissionais e agentes activos nos cuidados de saúde.

Monitorização – porque permite a aplicação de métodos de medição e controle da produtividade dos profissionais de enfermagem, fornecendo indicadores de produção.

As políticas de gestão de recursos humanos estão articuladas e condicionam a qualidade do serviço e dos cuidados prestados.

2.2 – A QUALIDADE E O DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL E PROFISSIONAL

Sale (1998) considera que os primeiros estudos sobre qualidade terão sido efectuados pelos Romanos, quando realizavam registos sobre a eficiência dos hospitais militares. Mas a primeira prova documentada sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem terá sido efectuada no séc. XVIII por John Howard e Elisabeth Fry.

Para Zanon (2001) os primeiros trabalhos na área da qualidade foram realizados nos Estados Unidos da América em 1920 por Walther Sthewarth, Edward Deming e Joseph Juran na Bell Company. Zanon citando Deming considera que a qualidade *“deve visar às necessidades do consumidor, tanto atuais quanto futuras, e o consumidor deve ser considerado o elo mais importante da linha de produção”* (Zanon, 2001:6).

Zanon citando Juran considera que a qualidade *“consiste nas características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e desta forma*

proporcionam-lhes satisfação em relação ao produto; qualidade é a ausência de falhas e a adequação ao uso” (Zanon, 2001:6).

Mezomo considera que a qualidade possui duas dimensões *”a primeira é o perfil do produto ou serviço que atenda às necessidades do cliente (o que afeta a venda) e a segunda é a ausência de defeitos (o que afeta os custos). Em outras palavras, conformidade e satisfação do cliente” (Mezomo, 2001:71).*

Zanon (2001) citando Crosby considera que qualidade significa conformidade com as especificações e com os requisitos estabelecidos e o desempenho visa o zero defeitos.

As preocupações com a qualidade em enfermagem iniciaram-se com Florence Nightingale, em 1860, quando definiu a necessidade do estabelecimento de padrões de tratamento nos hospitais, tendo alertado para o desenvolvimento de uma metodologia de apresentação e colheita de estatísticas hospitalares, no sentido de procurar a melhoria dos serviços prestados.

Isabel Stewart entre 1920 e 1940 procurou medir a qualidade dos cuidados de enfermagem e o uso efectivo dos recursos, que inclui oito pontos: segurança, efeito terapêutico, conforto e satisfação global do paciente, economia de tempo, economia de energia e esforço, economia de material e de custos, trabalho manual, simplicidade e adaptabilidade.

Nos Estados Unidos da América (1958) foi desenvolvido um método pela Dr.^a Faye Abdalnah, que relaciona o nível de recursos humanos e a medição da qualidade dos cuidados. O estudo debruçou-se sobre os níveis de insatisfação dos utentes, mas o método não permitiu estabelecer correlação entre recursos humanos e a qualidade dos cuidados.

Francês Reiter, na década de 50, desenvolveu um sistema baseado na classificação de doentes em três categorias:

“- Tipo 1 era profissional – a enfermeira trabalhava com o doente como na reabilitação.

- Tipo 2 era curativo – a enfermeira “fazia as coisas” aos doentes, tais como vestir, fazer tratamentos, e outras tarefas específicas.

- Tipo 3 era elementar, de cuidados custodiais ou paliativos, isto é, cuidados de enfermagem prestados a um doente comatoso ou inconsciente” (Sale, 1998:15). Este trabalho serviu de base a estudos sobre a comunicação e sua importância na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na Europa só em 1960, a qualidade dos cuidados passou a ser efectuada de modo estruturado.

Mas foi nos Estados Unidos da América que foi construído pelo Rush Presbyterian St. Luke Medical Centre e pelo Medicus Systems Corporation de Chicago, um instrumento de avaliação designado Rush Medicus (1975) desenvolvido com base “num quadro conceptual” centrado no doente, no processo de enfermagem e nas necessidades dos doentes e a definição de critérios de avaliação.

No Reino Unido, Ball et al e Goldstone, adoptaram com sucesso o instrumento Rush Medicus, tendo sido designado de Monitor constituído por 455 questões e que engloba cuidados de diagnóstico e planeamento, cuidados físicos, cuidados não físicos e avaliação.

Os doentes são classificados em grupos de dependência, tendo por referência os factores: *“cuidados pessoais, alimentação, mobilidade, vigilância de enfermagem (frequência dos procedimentos de enfermagem requeridos), outros (incluindo incontinência, preparação da cirurgia, problemas comportamentais graves)”* (Sale, 1998:21).

Os níveis de dependência são: cuidados mínimos, cuidados médios, cuidados acima da média e cuidados máximos, constitui um sistema subjectivo, sendo descrito no Capítulo 3.2 – Sistemas de classificação subjectivos vs objectivos.

Todos os estudos efectuados visaram a melhoria continua da qualidade dos cuidados, tendo subjacente as intervenções e as necessidades dos doentes.

Mas o que se entende por qualidade?

A qualidade consiste num *“conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”* (Biscaia, 2000:8).

Para Imperatori (1994), a qualidade dos cuidados é um conceito que envolve múltiplas dimensões: eficácia, eficiência, qualidade técnico-científica (desempenho ou competência profissional), satisfação, adequação, continuidade e aceitabilidade exigindo um controle, de todas e de cada uma, destas dimensões, na procura do aumento da qualidade.

Luís Pisco (2001) considera que o conceito de qualidade tem diferentes significados de acordo com as situações, o que pode ser considerado como qualidade para uma pessoa, pode não ser para outra, embora também se possa afirmar que a boa qualidade, em regra, é reconhecida por todos.

Assim, a qualidade é um conceito multidimensional, pois podemos encontrar diferentes concepções, uma coloca ênfase nos aspectos internos da organização e a outra enfatiza os aspectos externos, colocando ênfase nos destinatários do serviço prestado ou do bem produzido, mas poder-se-ão encontrar concepções de qualidade que conjugam as duas perspectivas de análise.

Barros (1999) preconiza que a qualidade pode colocar o ênfase na organização interna do hospital e/ou a qualidade centrada na satisfação do utente. A qualidade centrada na organização interna da entidade prestadora significa *“uma identificação de qualidade com um processo produtivo que, condicional ao serviço ou bem que se pretende fornecer, implique a melhor utilização possível dos recursos disponíveis”* (Barros, 1999:2). A organização pode satisfazer os seus utentes (qualidade externa), sem alcançar a qualidade interna (ausência de desperdício). De modo similar, uma organização pode não apresentar qualquer desperdício de recursos na sua actividade (qualidade interna) mas não satisfazer os seus utentes (falta de qualidade externa).

O SCD/E enquadra-se na organização interna do hospital, pois visa a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, tendo subjacente a melhor utilização dos recursos disponíveis. Mas que simultaneamente visa a qualidade externa, porque procura a satisfação eficaz e eficiente das necessidades dos utentes.

Barros (1999) citando o documento Sistema Português da Qualidade na Saúde (1998) do Ministério da Saúde considera que a qualidade na saúde *“é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única de aceitabilidade”* (Barros, 1999:2-3).

Biscaia partilha dos mesmos princípios ao considerar que a qualidade na saúde consiste em *“satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à*

procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta” (Biscaia, 2000:8).

Mezomo considera que as propriedades que conferem qualidade a um serviço ou produto são:

- “ - a efetividade – obtenção dos objectivos previstos;*
 - a eficiência – otimização da relação custo-benefício;*
 - a eficácia resultado da soma da efetividade e da eficiência;*
 - a pertinência – adequação do serviço (produto) ao atendimento das necessidades dos clientes;*
 - a suficiência – resposta total do serviço às necessidades dos clientes;*
 - a acessibilidade – possibilidade de utilização do serviço (produto);*
 - a oportunidade – disponibilidade do serviço (produto) no momento necessário;*
 - a atualidade – serviços oferecidos com a utilização da ciência disponível e possível nas condições locais;*
 - a aceitabilidade – satisfação plena dos clientes (internos e externos)”*
- (Mezomo, 2001:169-170).

Luís Pisco (2001) citando Alan Gillies descreve um modelo de análise da qualidade no contexto dos cuidados de saúde e que engloba cinco perspectivas:

- **Perspectiva transcendente** considera que a excelência absoluta é imensurável, sendo difícil de aplicar aos cuidados de saúde dados os constrangimentos a nível dos recursos.
- **Perspectiva da saúde pública** visa manter e melhorar a saúde, mais do que cuidar da doença, constitui uma perspectiva estratégica na prestação de cuidados de saúde de qualidade.
- **Perspectiva baseada nos recursos** relaciona-se com a efectividade dos cuidados e com a avaliação custo benefício ou seja a rentabilização dos recursos.
- **Perspectiva dos profissionais** que valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos.
- **Perspectiva dos utilizadores** salienta o bem-estar e a satisfação dos utilizadores, é considerada uma perspectiva individual mais do que colectiva, podendo colidir com a perspectiva dos profissionais.

Assim, o conceito de qualidade está relacionado com as características físicas do produto, com a adequação desse produto à utilização pretendida pelo

consumidor, ao melhor custo e de modo a satisfazer as necessidades explícitas ou implícitas.

Historicamente, também se verificou uma evolução na área da qualidade que engloba três componentes da tríade: estrutura, processos e resultados.

A abordagem da estrutura utilizada na acreditação dos hospitais americanos, nunca foi integralmente aplicada entre nós, embora tenha sido importante nos processos de construção e licenciamento de estabelecimentos de saúde.

A abordagem dos processos tem sido a mais frequentemente utilizada, estas avaliações têm estudado a qualidade técnico-científica, desempenho profissional, cumprimento de protocolos, qualidade de histórias clínicas, revisão de utilização, etc.

A abordagem dos resultados é aquela sobre a qual mais se insiste actualmente, não só pela influência do meio empresarial, mas também porque os resultados conseguidos a nível da saúde individual ou colectiva são o que realmente interessa.

Com base nestes pressupostos, foram desenvolvidos alguns projectos pela Direcção-Geral dos Hospitais, entre outros o Modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Hospitalares (MAQCEH), bem como outros projectos relacionados com a Qualidade como controlo das infecções nosocomiais, prevenção e tratamento de escaras, utilização de antibióticos, preenchimento do processo clínico, desempenho do pessoal de enfermagem, sistema de classificação de doentes (SCD/E), grupo de diagnóstico homogéneos (GDH) e o processo de revisão de utilização. Deste modo verifica-se que a Direcção-Geral dos Hospitais reconhece o SCD/E como um projecto de qualidade.

Existem vários modelos de gestão da qualidade:

- ISO International Organization for Standardization.
- Modelo Holandês (PACE).
- Modelo Inglês (King`s Foundation).
- Modelo Canadiense.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (JCIAH).
- European Foundation for Quality Management (EFQM).

Partilho da ideia de Mezomo (2001) ao considerar que a gestão/administração da qualidade implica um trabalho de equipa, o compromisso de todos os colaboradores e uma administração participativa a todos os níveis da estrutura organizacional, processo de educação/formação dos colaboradores, metodologia de resolução dos problemas, apoio à mudança, criatividade, inovação, a definição da missão, visão e valores da organização, a prática de benchmarking e uma avaliação permanente.

Irei tecer algumas considerações sob a NP EN ISO 9001:2000, pois é com base neste modelo que o SCD/E se têm desenvolvido numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade. A norma ISO baseia-se em oito princípios da qualidade:

- Focalização no Cliente.
- Liderança.
- Envolvimento das pessoas.
- Abordagem por processos.
- Abordagem da gestão como um sistema.
- Melhoria contínua.
- Abordagem à tomada de decisão baseada em factos.
- Relações mutuamente benéficas com os fornecedores.

A expansão do modelo assenta:

- A gestão de topo define os requisitos (Responsabilidade da direcção).
- Os recursos são determinados e alocados (Gestão de recursos).
- Os processos são estabelecidos e operados (Realização do produto/ serviço).
- Os resultados são medidos, analisados e melhorados (Medição, análise e melhoria).
- Retorno da informação para a melhoria (Análise dos dados e revisão pela direcção).

A norma ISO apresenta como vantagens:

- Melhor sistematização interna;
- Maior disciplina de processos;
- Maior confiança para os clientes, para a gestão e para os colaboradores;
- Maior transparência nas decisões;

- Menores variações na prestação de serviços;
- Menores custos de falhas e reclamações;
- Maior credibilidade externa.

O desenvolvimento do SCD/E teve subjacente os princípios da qualidade descritos na NP EN ISO 9001, procurando alcançar a excelência do cuidar, pressupondo a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes e a mensuração dos recursos humanos de enfermagem, necessários para satisfazer essas necessidades.

A gestão da qualidade dos cuidados implica a sua monitorização, assim *“os enfermeiros devem dispor de instrumentos válidos e fidedignos de monitorização e avaliação da prática. Estes devem revelar-se capazes de promover a melhor rendibilidade dos recursos humanos, bem como uma estreita ligação entre as áreas da gestão e da prestação de cuidados”* (OE, 2004b:10).

2.3 – OS INDICADORES DE ESTRUTURA, PROCESSOS E RESULTADOS

Na abordagem efectuada considero que cálculo, dotação, dimensionamento constituem sinónimos de estimativa de pessoal de enfermagem.

Chiavenato (2003) considera que o cálculo de pessoal integra-se na área do planeamento de recursos humanos, consistindo no processo de decisão para alcançar os objectivos organizacionais num determinado período de tempo, implicando a previsão da quantidade e qualidade dos recursos necessários para a organização. Assim *“constitui a etapa inicial do processo de recrutamento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de pessoal por categoria, requerida para responder directa ou indirectamente às necessidades em cuidados de enfermagem aos doentes”* (Gaidzinski, 1991:91).

Entende-se por dotação de pessoal *“uma estimativa da quantidade necessária de recursos humanos, que possibilitem a adequação entre o volume de trabalho (necessidade de assistência de enfermagem) e a força de trabalho (pessoal de enfermagem)”* (Santos, 1992:138). Constata-se a distribuição não equitativa de recursos, ausência de sistemas de controlo de pessoal eficientes e os desvios de funções são factores que podem interferir na qualidade dos cuidados.

Gaidzinski (1991) considera que o dimensionamento de pessoal constitui *“a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender, directa ou indirectamente, às necessidades de assistência da clientela”* (Gaidzinski, 1991:91).

A dotação de pessoal baseia-se em indicadores que constituem instrumentos de medida e elementos de decisão, sem que com isso se ignore ou menospreze a complexidade dos fenómenos psicológicos e sociológicos dos grupos/equipas de trabalho e a especificidade de algumas unidades de cuidados. Assim, tendo subjacente, o conteúdo funcional e as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2004 foi elaborado o Quadro de Referências, como guia orientador para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem.

Para Tavares (1990) os indicadores devem ser simples de calcular, específicos, pertinentes, fiáveis, reprodutíveis, representativos e universais.

Zanon (2001:117) define indicadores como *“representações, quantitativas ou não, de resultados, ocorrências ou eventos de um sistema”*. Para Tavares os indicadores *“... surgem como instrumentos de medida das variáveis em estudo”* (Tavares, 1990:210). O indicador deve exprimir um fenómeno com interesse para a gestão, no entanto terá sempre que ser adequado à estrutura e actividade dos serviços/unidades de cuidados e consonante com as políticas a prosseguir nas áreas de acção/intervenção.

Para DDSFG indicador consiste num *“instrumento de medida ou forma de quantificar em tempo a necessidades da pessoa em cuidados de enfermagem face à situação clínica”* (DDSG, 2005a:11).

Os indicadores constituem instrumentos de medida e que permitem a avaliação final devendo obedecer aos seguintes critérios de conveniência: fiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade, Tavares (1990).

A fiabilidade *“representa o nível de concordância entre medições repetidas, isto é, diferentes pessoas, em momentos diferentes, nas mesmas condições, utilizando o mesmo indicador, devem obter resultados idênticos”* (Tavares, 1990:61).

A validade relaciona-se com *“o grau com que ele mede aquilo que se propõe medir”* (Tavares, 1990:61).

Um indicador sensível significa que se adapta *“às modificações da variável em estudo e é específico quando mede somente as alterações dessa variável”* (Tavares, 1990:61).

Tavares considera que *“nos serviços de saúde é difícil seleccionar, recolher, tratar e analisar indicadores. No entanto, é conveniente ter a noção de que um número de indicadores pode ser suficiente, desde que sejam pertinentes”* (Tavares, 1990:210).

Existem dois tipos de indicadores utilizados na avaliação:

- Medem o estado de saúde, constituem os indicadores de impacto ou de resultados sendo utilizados nas avaliações externas.

- Medem a prestação de cuidados de saúde, constituem os indicadores de execução ou actividade sendo utilizados nas avaliações internas.

Donabedian (1969) propôs um modelo para avaliação qualitativa dos serviços de saúde, que consiste na inspecção da estrutura existente, no estudo dos processos clínicos e administrativos utilizados e na verificação dos resultados, considerando três tipos de indicadores de saúde:

- Estrutura – referem-se à área física, à sua organização administrativa e aos recursos humanos, materiais e financeiros da instituição. Estes indicadores descrevem o que deve ser feito para alcançar as normas, os itens de serviço que se encontram no sistema.

- Processos – descrevem que medidas têm de ser tomadas, onde se incluem: as técnicas e os procedimentos de avaliação, os métodos de prestação de cuidados, de intervenção, de informação, de avaliação, de ensino ao doente/utente/familiar, de documentação, a avaliação da competência do pessoal na prestação de cuidados e a forma como os recursos são utilizados.

- Resultados – descrevem os resultados esperados em termos de comportamentos, nível de conhecimentos, respostas e estado de saúde, determinando assim a qualidade dos serviços e a satisfação dos utentes.

Mezomo (2001) considera que a estrutura, os processos e resultados *“não são elementos dissociados. Pelo contrário, eles estão intimamente relacionados e mantêm uma certa linha de causalidade e efeito que é preciso avaliar com cuidado”* (Mezomo, 2001:117).

A OE (2004a) partilha dessa ideia, pois considera que a elaboração de indicadores da qualidade deve subordinar-se a enunciados descritivos de qualidade

para o exercício profissional dos enfermeiros, e engloba a elaboração de indicadores de estrutura, processos e resultados.

Os **indicadores de estrutura** englobam a avaliação da qualidade:

- Factores organizacionais, infra-estrutura física, profissionais e os utentes.

Os factores organizacionais contemplam a articulação entre o nível estratégico, tático e operacional, onde se inclui a existência de um: órgão direcção técnica, órgão consultivo, quadro de referências e padrões de qualidade de enfermagem, definição da visão, missão, valores, princípios, metas estratégicas e objectivos operacionais, definição de estratégia e de um plano estratégico, manual de qualidade, sistema de auditoria, programa de melhoria continua da qualidade, sistema de avaliação da satisfação dos utentes e dos profissionais e finalmente a existência de uma lista/intervenções de enfermagem. Engloba ainda a organização dos cuidados de enfermagem, onde se incluem os métodos de trabalho que assegurem a humanização e a qualidade dos cuidados e a *“existência de um sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem”* (OE, 2004a:5). Inclui também a dotação e diferenciação de recursos humanos, materiais e de equipamento, pressupõe métodos de avaliação e desenvolvimento profissional, existência de enfermeiros com base nas necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, sistema de informação e de estudos sobre a avaliação económica, sistema de reposição de materiais, sistema de manutenção e de avaliação da qualidade dos equipamentos e participação na selecção de materiais e equipamento. Outras áreas são os sistemas de informação e documentação de enfermagem onde se incluem: a avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem, as intervenções e avaliação dos cuidados, uniformização da linguagem através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a utilização automática do Sistema de Classificação de Doentes (SCD/E) por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, relação entre a informação de enfermagem e outros indicadores de saúde: Grupo de Diagnósticos Homogéneos, Demora Média.

Os factores da infra-estrutura física relacionam-se com os espaços para a prestação de cuidados directos e indirectos, espaços para os utentes, funcionalidade, privacidade, acessibilidade e mobilidade dos utentes e profissionais.

Os factores profissionais referem-se ao número de profissionais, nível de competências, experiência, motivação, energia e motivação.

Os factores relacionados com os utentes devem ter subjacente: a demografia, o nível de formação, os problemas de saúde, as expectativas/necessidades e os recursos/ a rede social de apoio.

Os indicadores de processo mensuram a qualidade do processo de prestação de cuidados, nomeadamente:

- A interacção com o utente e com a pessoa significativa (ambiente terapêutico),
- O conhecimento do utente e da pessoa significativa (apreciação inicial, contacto com outros familiares),
- A intervenção e resolução de problemas (identificação de problemas/diagnósticos/fenómenos de enfermagem, planeamento de cuidados/estratégias de intervenção/planeamento de alta/continuidade de cuidados),
- A avaliação dos cuidados,
- A prática profissional e ética, a gestão de cuidados, o desenvolvimento profissional, a formação e a investigação,
- A documentação (registos de enfermagem).

Os indicadores de resultados analisam os dados obtidos pelos cuidados de saúde prestados, onde se incluem:

- Promoção da saúde,
- Prevenção de complicações,
- Bem estar e autocuidado,
- Readaptação funcional,
- Satisfação dos utentes e dos profissionais,
- Outros indicadores agregados de ganhos em saúde (demora média, taxa de infecção nosocomial, taxa de reinternamentos, taxa de complicações, taxa de acidentes e os indicadores do SCD/E: n.º de doentes classificados, Horas de Cuidados Necessários (HCN) / Dia de Internamento (DI), Horas de Cuidados Disponíveis (HCD) / Dia de Internamento (DI), Horas de Cuidados Prestados (HCP) / Dia de Internamento (DI), Percentagem de Utilização (HCN / HCP), Equivalente a Tempo Completo (ETC) e Percentagem de Classificação Correctas.

As organizações hospitalares utilizam os indicadores produzidos internamente pelo SCD/E, o que contribui para uma previsão e dotação de recursos

e a contextualização dos cuidados de enfermagem e que varia de organização para organização.

No entanto outros hospitais que não têm SCD/E utilizam os indicadores das organizações onde o SCD/E está implementado, ou utilizam os valores mínimos, médios ou máximos definidos pela Secretaria Geral do Ministério da Saúde.

A dissertação contempla alguns indicadores de estrutura, de processo e de resultados.

Os dados, a informação e o conhecimento sobre os indicadores constitui para as organizações actuais um dos recursos vitais, cuja gestão pode determinar o sucesso ou insucesso organizacional, assim torna-se imprescindível saber (re)aprender novas formas de gerir a informação de modo a minimizar a incerteza associada à tomada de decisão.

3 – A GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

As organizações carecem continuamente de informação, sendo aliás indispensável para a sua existência e para a construção do conhecimento. Mas o crescente volume de informação, pode constituir um obstáculo ao processo de tomada de decisão nas organizações.

O triângulo do sucesso no uso da informação, engloba **saber usar a informação, proporcionar formação para ter informação e saber para que usar a informação**, o que implica **uma cultura estratégica**, Zorinho (1999).

Para Braga (2000) uma organização para ser eficiente terá de utilizar correctamente os seus recursos, sendo necessário a informação aos três níveis da estrutura organizacional: estratégico, tático e operacional.

Idalberto Chiavenato (2003) considera que *“do ponto de vista da teoria das decisões, a organização empresarial pode ser entendida como uma série de grandes redes de informação que ligam as necessidades de informações de cada processo decisório às fontes de dados”* (Chiavenato, 2003:123). Partilho da ideia do autor ao considerar que o sistema de informação é *“um sistema por meio do qual os dados são obtidos, processados e transformados em informações, de forma esquematizada e ordenada, para servirem de subsídios ao processo de tomada de decisões”* (Chiavenato, 2003:126).

Na alta administração, as decisões estratégicas exigem informação proveniente do exterior da organização em qualidade e em quantidade. Neste nível hierárquico realiza-se a análise Swot ou seja a avaliação das oportunidades e das ameaças, dos pontos fortes e pontos fracos. As decisões são genéricas e sintéticas estando relacionadas com o crescimento, desenvolvimento e mudança organizacional, no entanto apresentam elevado grau de incerteza e de risco.

Na administração intermédia, são as decisões táticas, o que requer informação pormenorizada e mais detalhada. As decisões compreendem o planeamento de acções e de actividades, situando-se entre incerteza e o risco do nível estratégico e a lógica do nível operacional.

Ao nível operacional, a informação deve ser pormenorizada e analítica, proveniente essencialmente do meio interno, as decisões relacionam-se com a selecção de actividades e tarefas.

Assim, a gestão da informação permite usar o conhecimento para benefício das organizações, sendo crucial aos três níveis da estrutura organizacional, mas a informação deve ser precisa, fidedigna, em qualidade e quantidade “adequada”, disponível no momento certo, de modo a que as organizações possam adquirir vantagens competitivas.

Portanto o sistema de informação eficiente é aquele que permite a rápida circulação da informação e do conhecimento. Serrano, Caldeira e Guerreiro (2004) consideram que o sistema de informação *“deverá possibilitar, aos responsáveis pela decisão, a informação necessária para as decisões programadas, auxiliando na tomada de decisão não programadas, assegurando simultaneamente a comunicação entre os elementos da organização”* (Serrano, Caldeira e Guerreiro, 2004:9). O sistema de informação ocupa um papel decisivo nas actividades de planeamento e controlo do gestor, de modo que os dados e a informação disponível sejam oportunos e relevantes.

Em 1973 a Organização Mundial de Saúde definiu sistemas de informação como *“o mecanismo para a recolha, processamento, análise e transmissão da informação que é necessária para organizar e dirigir os serviços de saúde, e também para a investigação e formação do pessoal”* (Montes, Aldeguer e Fernandez, 1997:191-192). Um sistema de informações recebe entradas (inputs) que são processados e transformados em saídas (outputs) sob a forma de relatórios, documentos, índices, listagens, etc. O ênfase deve ser colocado na necessidade da informação e não simplesmente no uso de informação *“de modo a que o sistema de informação seja a base do processo decisório na organização”* (Chiavenato, 2003:126).

O sistema de informação engloba dados, informação e conhecimento, que formam *“um sistema hierárquico de difícil delimitação. O que é um dado para um indivíduo pode ser informação e/ou conhecimento para outro”* (Angeloni, 2003:17). Por dados entende-se *“os elementos que servem de base para a resolução de problemas ou para a formação de juízo”* (Chiavenato, 2003:123), mas esses dados requerem uma análise e interpretação individual de modo a fundamentar o processo de tomada de decisão. Os dados quando classificados, armazenados e relacionados entre si permitem a obtenção de informação.

O tratamento dos dados implica o processamento de dados e que consiste *“em acumular, agrupar, e cruzar dados para transformá-los em informações ... para*

alguma finalidade ou objetivo” (Chiavenato, 2003:124). O processamento de dados pode ser manual, semi-automático ou automático.

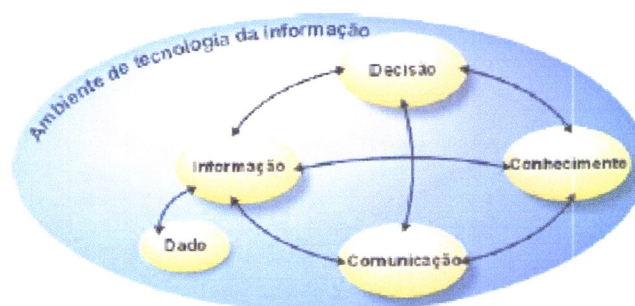
Para o IGIF (2001) os dados são entidades (factos) descontínuas que não foram interpretados. Por informação entende-se o conjunto de dados estruturados e que foram interpretados e por conhecimento a agregação da informação derivados de múltiplas bases de dados.

Angeloni (2003) relaciona dados, informação e conhecimento com os processos de comunicação e de tomada de decisão. O autor considera os dados como elementos brutos, sem significado, desvinculados da realidade, constituem a matéria-prima da informação. A informação é constituída por dados com significado e constituem a matéria-prima do conhecimento. O conhecimento é um conceito mais complexo que visa compreender as informações recebidas, cruzando-as de modo a gerar mais conhecimento.

Angeloni (2003) citando Davenport considera que o *“conhecimento é a informação mais valiosa... e é valiosa precisamente porque alguém deu à informação um contexto, um significado, uma interpretação...”* (Angeloni, 2003:18). Considera ainda que gestor no decorrer do processo de tomada de decisão deve *“transformar dados em informação e informação em conhecimento, minimizando as interferências individuais nesse processo de transformação”* (Angeloni, 2003:18).

O conhecimento pode então ser considerado como a informação processada pelos indivíduos e que condiciona os processos de comunicação e de tomada de decisão nas organizações (Figura 2).

Figura 2 – Elementos intervenientes no processo de decisão



Fonte: Adaptado de ANGELONI, Maria – Elementos intervenientes na tomada de decisão, *Revista Ciência e Informação*, v. 32, n. 1, Jan./Abr., 2003, p. 21.

Actualmente *“a informação e o conhecimento convertem-se nos recursos estratégicos e transformadores da sociedade, como o capital e o trabalho o foram na sociedade industrial”* (Serrano, Caldeira e Guerreiro, 2004:25). Pelo que as mudanças contínuas e a globalização *“levou a sociedade e as organizações à Era da Informação e do Conhecimento. Os recursos estratégicos da Era Industrial cedem o lugar de destaque a outros recursos: a informação e o conhecimento, apoiados pela tecnologia”* (Angeloni, 2003:21).

O sistema de informação de gestão é de extrema importância em qualquer organização, pois possibilita *“a interligação entre a cultura de gestão e a cultura informática, entre a perspectiva organizacional e a perspectiva tecnológica”* (Serrano, Caldeira e Guerreiro, 2004:11).

Complementarmente aos conceitos de sistema de informação é crucial proceder à gestão da informação e do conhecimento, mas adoptando a inteligência competitiva, que por vezes estes conceitos confundem-se pela proximidade do seu significado.

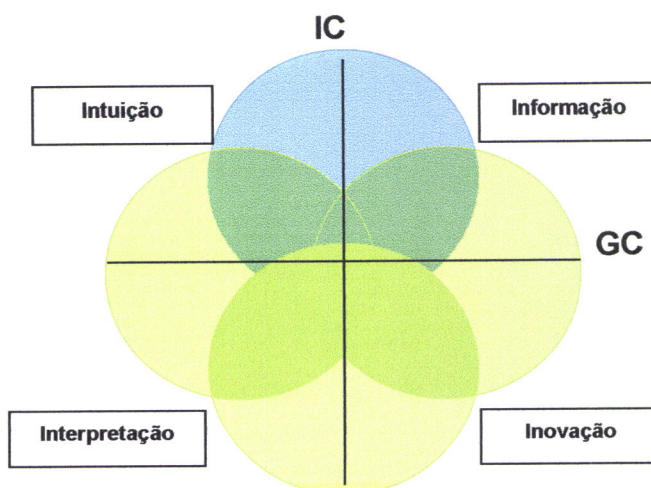
Canongia et al (2003) consideram que devem ser adoptadas metodologias e formas de organização que permitam *“incrementar a capacidade de inovar das organizações e, por consequência, sua competitividade a qual não é um atributo exclusivamente interno das organizações, pois depende, em muito do ambiente externo. Da mesma forma, a capacidade de “executar” a gestão da inovação, também depende do ambiente externo, de condições objectivas e subjectivas, ou seja, da existência de sistema de inovação”* (Canongia et al, 2003:2).

Os autores consideram como abordagens facilitadoras da gestão da inovação e da formulação de políticas e estratégias, as técnicas de inteligência competitiva (IC) e de gestão do conhecimento (GC). A inteligência competitiva constitui um método sistemático de recolha e monitorização de dados e de informação, transformando-os em elementos essenciais para a tomada de decisão. A gestão do conhecimento *“introduz os chamados capitais do conhecimento, conjunto de factores que descrevem o ambiente no qual a organização está inserida ... combina o acesso a diferentes fontes de informação com as competências (conhecimento tácito e know-how organizacional) para estimular a criatividade e inovação”* (Canongia et al, 2003:4).

A gestão do conhecimento agrega as áreas da informação e das pessoas, com os níveis de percepção individual dos colaboradores e a perspectiva organizacional.

Os modelos de gestão requerem a articulação entre a gestão interna (ambiente da gestão do conhecimento) com a componente externa (ambiente de aplicação da inteligência competitiva). Assim, o modelo dos “4is” da espiral do conhecimento” englobam a informação, a interpretação, a intuição e a inovação e que apresento na Figura 3.

Figura 3 – Os 4 “is” do conhecimento



Fonte: Adaptado de CANONGIA et al (2003) – Mapeamento de inteligência competitiva (IC) e de gestão do conhecimento (GC) no setor da saúde

Assim, a gestão da informação consiste na *“obtenção da informação adequada, na forma correta, para a pessoa indicada, a um custo adequado, no tempo oportuno, em lugar apropriado, para tomar a decisão correta”* (Valentim, 2002:4). Valentim citando Neto considera que a gestão do conhecimento é um *“conjunto de estratégias para criar, adquirir, compartilhar e utilizar ativos de conhecimento, bem como estabelecer fluxos que garantam a informação necessária no tempo e formato adequados, a fim de auxiliar na geração de ideias, soluções de problemas e tomada de decisão”* (Valentim, 2002:5). Por inteligência competitiva entende-se *“agregar valor à informação, fortalecendo seu caráter estratégico, catalisando, assim, o processo de crescimento organizacional. Nesse sentido, a coleta, tratamento, análise e contextualização de informação permitem a*

geração de produtos de inteligência, que facilitam e otimizam a tomada de decisão no âmbito tático e estratégico” (Valentim, 2002:5).

Partilhando da articulação entre a gestão da informação e a gestão do conhecimento, adoptando a inteligência competitiva, o SCD/E constitui um sistema de informação e de gestão, aplicado aos diferentes níveis da estrutura organizacional (estratégico, tático e operacional) de apoio ao processo de tomada de decisão no subsistema de enfermagem. Mas para que seja eficiente e eficaz, qualquer sistema de apoio à tomada de decisão, os dados devem ser *“validados interna e externamente e devem manter-se actualizados”* (Serrano, Caldeira e Guerreiro, 2004:24), estes desígnios têm constituído preocupação do grupo coordenador do SCD/E, dos auditores externos, das organizações envolvidas, dos auditores internos e de todos os profissionais de enfermagem, conforme descrevo no sub-capítulo 3.3 – Gestão do sistema de classificação em enfermagem: a realidade portuguesa.

Em Dezembro de 2004 o SCD/E estava implementado em 39 Organizações e em 273 Unidades de Cuidados/Serviços, existindo no IGIF uma base de dados contendo 14.066.736 registos, constituindo uma base fundamental do Ministério da Saúde, para a profissão de Enfermagem e para todos os Enfermeiros, pois os dados, a informação e o conhecimento produzido ao longo de 18 anos são essenciais, de modo a serem adoptadas estratégias centrais, regionais ou locais que permitam tomadas de decisão eficientes e eficazes.

Por outro lado qualquer sistema de informação pode recorrer ou não a meios de processamento automático, isto é a tecnologias de informação, assim temos o SCD/E versão manual e o SICD/E versão informática, estando esta conectada directamente ao IGIF, daí constituir-se como uma Tecnologia de Informação e Comunicação.

3.1 – AS NECESSIDADES DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Os primeiros estudos a nível internacional sobre a aplicação das Tecnologias de Informação e Comunicação nos cuidados de saúde são bastante recentes. Na área da Enfermagem, as primeiras referências surgiram na década de

80, permitindo concluir que existem vantagens da sua utilização, ao nível da organização funcional dos cuidados e do processo de tomada de decisão.

Os dados em enfermagem são *“necessários para documentar os cuidados de enfermagem e a gestão da informação da prática de enfermagem, são termos ou elementos definidos e codificados, necessários para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem, produzem informação de enfermagem, e a informação de enfermagem produz conhecimento em enfermagem”* (IGIF, 2001:33).

IGIF (2001) citando Goossen (1996) considera que a informática na enfermagem consiste no *“esforço científico multidisciplinar para analisar, formalizar e modelar a forma como as enfermeiras colhem e gerem os dados, processam os dados no âmbito da informação e do conhecimento, tomam decisões e fazem inferências para os cuidados aos doentes com base no conhecimento, e usam este conhecimento empírico e experimental para alargar o campo e reforçar a qualidade da sua prática”* (IGIF, 2001:9).

A informática em enfermagem envolve actividades baseadas na gestão da informação e no processamento de dados de enfermagem.

Assim as tecnologias e o sistema de informação devem permitir *“gerir os serviços e os recursos de enfermagem; gerir o que é feito aos doentes e os cuidados de enfermagem; relacionar os recursos e descobertas da investigação com a prática de enfermagem e aplicar os recursos educacionais à educação em enfermagem”* (IGIF, 2001:12).

O trabalho que irei desenvolver enquadra-se predominantemente na área da gestão/administração dos serviços de enfermagem.

Considero o SCD/E como um sistema de recolha de dados, de informação e que proporciona conhecimento. Como sistema da qualidade estão definidas a linha de autoridade/de responsabilidade e de tomada de decisão, bem como a linha de funcionalidade, ou seja, o que deve ser feito, como fazer, por que fazer, quando fazer, quem é o responsável, onde e quanto produzir.

O SCD/E constitui um sistema de enfermagem, para as *“áreas da prática clínica de enfermagem, administração, suporte da educação em enfermagem e investigação em enfermagem”* (IGIF, 2001:20).

3.2 – OS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO SUBJECTIVOS VS OBJECTIVOS

A Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) de 1983 considera que:

“O departamento / serviço de enfermagem deve definir, implementar e manter um sistema para determinar os cuidados de enfermagem requeridos pelo paciente de acordo com as suas necessidades, intervenções de enfermagem adequadas e prioridade de cuidados” (Hoffman, 1989:59).

Frances Hoffman considera que os sistemas de classificação de pacientes:

“1 – Dispõem de maior capacidade para planear as necessidades da equipa de enfermagem.

2 – São capazes de proporcionar um instrumento para ajudar a avaliação da qualidade dos cuidados do paciente.

3 – Dispor de maior capacidade para programar equitativamente o pessoal.

4 – São capazes de proporcionar dados quantitativos para apoiar na determinação das necessidades da equipa” (Hoffman, 1989:59).

Para Perroca e Gaidzinski (2002) o sistema de classificação permite a identificação das necessidades dos pacientes em cuidados de enfermagem, orienta a dotação de recursos de enfermagem, fornecendo dados estatísticos para a Direcção de Enfermagem (Enfermeiro Director) e que pode ser utilizado junto da administração para admissão de enfermeiros, obtenção de dados referentes à qualidade de cuidados prestados, constituindo um sistema eficaz de informação para orientar o processo de tomada de decisão e de planeamento de cuidados de enfermagem, caracterizar os pacientes a nível dos serviços, das organizações e nacional.

Santos citando Alcalá (1992) refere que a classificação de pacientes teve início com os japoneses há mais de cem anos, mas foi em Inglaterra, que Florence Nightingale *“praticou o cuidado progressivo de pacientes, no funcionamento de enfermarias abertas, o plano era colocar pacientes em piores condições na extremidade da enfermagem, o mais possível próximo da escrivaninha da enfermeira, enquanto que os pacientes convalescentes ou em estado menos grave, ficavam colocados mais longe”* (Santos, 1992:140).

Para Huckabay (1981) e Higerson and Van Slycy (1982) as categorias habitualmente incluídas num sistema de classificação de pacientes são:

“1 – Alimentação.

2 – Banho.

3 – Vestir-se e despir-se.

4 – Mobilidade.

5 – Medicamentos.

6 – Tratamentos / Testes.

7 – Sinais vitais.

8 – Factores de comportamento.

9 – Necessidades sociais.

10 – Necessidades respiratórias.

11 – Factores especiais (admissão, alta, senilidade, etc.)” (Hoffman, 1989:60).

Filho (1992) considera que foi nos Estados Unidos da América, em 1930 que surgiu a necessidade de classificar os doentes de acordo com determinados parâmetros, o estudo e desenvolvimento desse sistema de classificação ocorreu em 25 hospitais de Nova York. Este estudo *“é considerado como uma das primeiras tentativas de se identificar as necessidades dos pacientes de maneira quantificável, operacional e compreensível, já que recomendava uma média de três horas e meia (3,5) de cuidados de enfermagem por paciente-dia”* (Filho, 1992:396).

No entanto, foi em 1950 na Escola de Enfermagem de S. Pittsburg que foi efectuado um estudo com o objectivo de determinar as necessidades em cuidados de enfermagem nas valências médicas e cirúrgicas. Filho (1992) considera que terá sido em 1951, que o serviço militar americano iniciou a utilização de um instrumento de classificação de cuidados de enfermagem, em que os pacientes eram classificados em 4 (quatro) categorias: cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, cuidados intermediários e cuidado mínimo ou auto-cuidado.

Na opinião de Perroca e Gaidzinski (1998) terá sido nos Estados Unidos em 1960, na Escola de Engenharia e da Divisão de Pesquisa Operacional do Hospital da Universidade de Johns Hopkins, que utilizando técnicas do campo da engenharia industrial e da ciência da administração, que se desenvolveu um sistema de classificação baseado nos graus de necessidade em 3 grupos: auto-cuidado, cuidado parcial ou intermédio e cuidado intensivo ou total.

Perroca e Gaidzinski (1998) consideram que os instrumentos utilizados nos Estados Unidos da América são de dois tipos:

- *“Sistema protótipo ou avaliação protótipo”, com três ou quatro categorias de pacientes, com a descrição das exigências do cuidado de enfermagem em cada categoria, embora facilmente exequível apresenta certa subjectividade.*

- *“Sistema avaliação de indicadores”, envolvendo uma lista de “indicadores críticos” de cuidados directos de enfermagem, que são considerados separadamente. A soma dos indicadores determina a categoria de cuidado ao paciente. “Este instrumento é o de uso mais difundido e referido como mais objectivo” (Perroca e Gaidzinski, 1998:154).*

Perroca e Gaidzinski (1998) consideram que foi Reis et al (1982) que efectuaram um estudo sobre sistemas de classificação de doentes, tendo sido definidos 4 níveis de atenção: cuidados mínimos, cuidados intermédios, cuidados semi-intensivos e cuidados intensivos. Noutro estudo efectuado por Fugulin et al (1994) os pacientes foram agrupados em 5 níveis: intensivo, semi-intensivo, alta dependência, intermediário e auto-cuidado. Consideram que o sistema de classificação de pacientes *“é um processo no qual se procura categorizar pacientes de acordo com a quantidade de cuidado enfermagem requerido, ou seja, baseado na complexidade da assistência de enfermagem”* (Perroca e Gaidzinski, 1998:153). Estes autores citando De Groot ampliam o conceito de sistema de classificação de pacientes como *“um método capaz de determinar, validar e monitorar as necessidades de cuidado individualizado do paciente, utilizando os dados obtidos como subsídio para a alocação de pessoal de enfermagem, planeamento de custos da assistência e manutenção de padrões de qualidade”* (Perroca e Gaidzinski, 1998:154).

No entanto, o instrumento desenvolvido por Perroca e Gaidzinski (1998) permite classificar apenas os pacientes adultos por tipo de cuidado englobando treze indicadores críticos: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, mobilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa.

Por indicador crítico entende-se *“as necessidades de cuidado de enfermagem do paciente que, quando associadas entre si, fossem capazes de*

identificar a categoria de cuidados a que este paciente pertence” (Perroca e Gaidzinski, 2002:246).

O paciente é classificado em todos os indicadores referidos anteriormente em *“um dos cinco níveis, na opção que melhor descreva a sua situação com relação à assistência de enfermagem”* (Perroca e Gaidzinski, 2002:246). Cada um dos indicadores é pontuado de um a cinco pontos, sendo um o valor de menor nível de atenção e cinco o nível de maior complexidade. Os valores são somados e o total permite classificar o paciente numa classe ou categoria de cuidados. O valor total permitiu a construção de 4 categorias com intervalos de classe igual a 12 e que foram:

- *“Cuidados mínimos (13-26 pontos)*
- *Cuidados intermédios (27-39 pontos)*
- *Cuidados semi-intensivos (40-52 pontos) e*
- *Cuidados intensivos (53-65 pontos)”* (Perroca e Gaidzinski, 1998:157).

Os cuidados mínimos são os *“cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. Por cuidados intermediários entendem-se os cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas. Por cuidados semi-intensivos são definidos os cuidados a pacientes crónicos, estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas. E finalmente os cuidados intensivos como sendo os cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada”* (Perroca e Gaidzinski, 1998:157).

O estudo permitiu-lhes concluir *“que parece ser mais fácil para as enfermeiras classificar os pacientes nas categorias de Cuidados Intensivos e Mínimos por se tratarem de opostos, facilmente identificáveis pela gravidade ou falta de gravidade ... quando se deparam com pacientes em níveis intermédios de grau de complexidade, a disparidade nas classificações tornou-se evidente”* (Perroca e Gaidzinski, 2003:78).

Elaine Anderson (1983) considera que o sistema de classificação subjectivo engloba 3 ou 4 categorias e que são: ambulatorio, sub-agudo, agudo e cuidados intensivos.

Na década de 1980 foram reconhecidas algumas limitações dos sistemas de classificação desenvolvidos em 1960, face à evolução científica, tecnológica e dos sistemas de informação, pelo que foram reavaliados os objectivos de classificação de doentes, tomando-os mais abrangentes.

Filho (1992) citando De Groot considera como componentes ou elementos a incluir num sistema de classificação de pacientes:

- “ - Um instrumento para prever as exigências de cuidados de enfermagem, permitindo variações das características dos pacientes;*
- Um método destinado a validar o volume de cuidados dado a cada categoria de pacientes, em cada unidade ou turno;*
- Um método para avaliar os padrões de cuidados prestados por cada unidade ou turno;*
- Um método destinado a relacionar as exigências de cuidados de enfermagem com a alocação de recursos humanos, em cada unidade ou turno;*
- Um método destinado a monitorar a confiabilidade do sistema de classificação de pacientes ao longo do tempo” (Filho, 1992:399).*

Tendo subjacente que qualquer sistema de classificação de doentes só por si não aumenta a produtividade, logo não resolve o problema da escassez de pessoal, no entanto pode contribuir para uma distribuição mais equitativa dos recursos humanos disponíveis. Assim, os sistemas de classificação de pacientes *“proporcionam aos gerentes de enfermagem informações para o processo de tomada de decisão em áreas referentes à alocação de recursos humanos, monitoramento da produtividade e custos de enfermagem” (Filho, 1992:395).*

Para Filho (1992) os sistemas de classificação requerem uma quantificação, que pode ser determinada através de dois métodos:

- Por tempo médio de cuidado para cada categoria de paciente e que engloba os cuidados directos e indirectos, esses valores foram obtidos através de estudos de observação.*
- Por tempo padrão de cuidado para procedimentos específicos de enfermagem (n.º ocorrências de cada actividade x tempo padrão, ao valor obtido adiciona-se um coeficiente representando o cuidado indirecto).*

Na construção destes instrumentos de classificação são cruciais as técnicas de colheita de dados, a concepção e operacionalização dos estudos de observação, Filho (1992). Igualmente importante é a confiabilidade e validade do instrumento de classificação. A confiabilidade é de extrema importância porque a classificação pode ser efectuada por diferentes enfermeiras, em diferentes unidades, o que determina a consistência do instrumento de classificação de doentes. A validade relaciona-se com o facto de medir o que se pretende validar, ou seja a carga de trabalho ou volume de cuidados, no caso concreto mede as tarefas ou actividades (indicadores críticos).

Campedelli et al (1987) nos estudos efectuados propõem uma classificação por tipo de cuidado, o que tomaria o cálculo de pessoal mais próximo da realidade. Consideram pois, que a Direcção de Enfermagem de um hospital, *“numa fase inicial, poderão utilizar-se formulas encontradas na literatura ... mas os cálculos devem ser refeitos, levando em consideração o número de horas diárias de cuidados que, naquela situação requerem, e outros factores locais que interferem na assistência de enfermagem”* (Campedelli et al, 1987:3). No estudo efectuado alertam para factores que podem interferir no cálculo de pessoal como a ausência ou indefinição de programas e objectivos da organização e/ou conflito desta com os objectivos do serviço de enfermagem, bem como os riscos operacionais e legais, quer para os doentes quer para os profissionais de enfermagem, nomeadamente a qualidade de assistência e a segurança do paciente. Este sistema de classificação de pacientes, baseou-se no Cuidado progressivo ao paciente, assim os pacientes foram classificados em cuidados intensivos, semi-intensivo, intermediários e mínimo ou auto-cuidado (Campedelli et al, 1987:15).

Perroca e Gaidzinski (1998) citando Alves et al definem cuidado progressivo ao paciente como a *“concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada”* (Perroca e Gaidzinski, 1998:154). Concluem com a ideia de que é fundamental a classificação por tipo de cuidado efectuada diariamente, para que seja ajustada à realidade, à gravidade dos pacientes e suas necessidades. Por outro lado *“a enfermeira, que procede à classificação dos pacientes, obedeça a um padrão fixado para realizar este procedimento com objectividade e para diminuir a possibilidade de impressões subjectivas”* (Campedelli et al, 1987:12).

Perroca e Gaidzinski (1998) citando Giovannetti preconizam que dimensionar os recursos humanos face às necessidades dos doentes e programar as actividades de enfermagem *“pode se tornar mais racional e efectivo quando se procura agrupar pacientes em categorias que reflectam a magnitude do processo de cuidar”* (Perroca e Gaidzinski, 1998:154).

Tanos, Massarollo e Gaidzinski (2000) referem que foram adoptados os parâmetros da Resolução COFEN n.º 189/96, em que são definidas as horas de enfermagem por leito, nas 24 horas:

“ - 3 Horas de enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto-cuidado;

- 4,9 Horas de enfermagem, por cliente, na assistência intermédia;

- 8,5 Horas de enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva;

- 15,4 Horas de enfermagem, por cliente, na assistência intensiva” (Tanos, Massarollo e Gaidzinski, 2000:378)

Mas *“qualquer tentativa de dimensionamento de pessoal, com base na hora média de assistência de enfermagem e o número de leitos ocupados ... é um exercício incompleto, obsoleto e enviesado”* (Filho, 1992:395). Deste modo considero prioritário a adopção/utilização de indicadores de dotação de enfermeiros que sejam fiáveis, exequíveis e objectivos.

Os estudos enumerados apresentam limitações, pois ao estabelecerem horas de assistência de enfermagem para as unidades de internamento, não foram considerados critérios como a variação da gravidade dos pacientes e da assistência de enfermagem necessária.

Resumidamente nos sistemas subjectivos ou de avaliação por protótipos, são definidas categorias de dependência e determinados tempos médios para a realização de cuidados directos e indirectos. Assim, *“o doente é classificado naquela categoria em que melhor se enquadram as suas características, na óptica do enfermeiro que o classifica”* (DGFSS, 1984:23). Pelo exposto a classificação carece de rigor e precisão, pois é determinada pela análise subjectiva do enfermeiro classificador. A principal vantagem consiste na facilidade de construção e como principal desvantagem o elevado grau de subjectividade na categorização dos doentes.

O impacto do cálculo de pessoal sobre os cuidados de enfermagem é de extrema importância pois *“os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos*

humanos têm requerido a atenção dos enfermeiros responsáveis pela administração dos serviços de enfermagem, em virtude das implicações que o dimensionamento inadequado desses recursos causa sobre o resultado da qualidade da assistência de enfermagem” (Gaidzinski, 1991:91). Partilho da ideia do autor, pois considera que cada País deve desenvolver estudos que permitam determinar as necessidades quantitativas e qualitativas dos doentes e de profissionais de enfermagem, na medida em que será totalmente inadequado a utilização de indicadores e de métodos de determinação de enfermeiros construídos noutros países, descontextualizados dos factores sociais, culturais, económicos e políticos.

Foi com base neste pressuposto que foi desenvolvido o SCD/E, no nosso País, tendo-se optado por um sistema objectivo ou de avaliação por factores.

Este tipo de sistema tem como *“desvantagem ser complexo e dispendioso na sua construção, mas oferece a enorme vantagem do rigor da estimativa do tempo efectivamente necessário e, por ser objectivo, não facilita o tipo de manipulação apontado como desvantagem no sistema subjectivo. Apresenta ainda, a vantagem de, uma vez construído, se tornar de fácil aplicação”* (Veiga et al, 1989:2).

3.3 – A GESTÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES EM ENFERMAGEM: A REALIDADE PORTUGUESA

Antes da implementação do sistema de classificação de doentes, o planeamento e a dotação de pessoal de enfermagem nas organizações hospitalares baseava-se no número de camas, ou seja no “ratio” enfermeiro/cama. Este parâmetro foi utilizado quer na afectação de recursos diários, quer na dotação global das organizações hospitalares.

Nos hospitais distritais o “ratio” recomendado tem oscilado entre 1 enfermeiro para 1,5 a 2 camas, no entanto estes valores têm sido ajustados em função de outros indicadores tais como a taxa de ocupação e a lotação da unidade de cuidados.

No âmbito do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde foi desenvolvido em Abril de 1982, um “Sistema de Informação para a Gestão e Financiamento dos Hospitais”. Este programa decorreu do aumento dos gastos em

saúde e a necessidade de os controlar e incidiu sobre os sistemas de informação, investigação em gestão e formação de gestores.

Assim, foi constituído um grupo de trabalho, que integrava administradores hospitalares e técnicos do Departamento, sob o apoio financeiro e técnico dos Estados Unidos da América, que se propôs a desenvolver um programa visando *“criar um sistema de informação para a gestão que permita medir e controlar a produtividade nos hospitais, servir de suporte à tomada de decisões, elaborar planos e orçamentos e estabelecer critérios de financiamento equilibrados; desenvolver as estruturas adequadas à colheita, tratamento e transmissão da informação considerada necessária; desenvolver a aplicação de técnicas modernas de gestão que permita tirar partido dessa informação para a acção numa óptica de racionalização de recursos e da produção”* (DGFSS, 1984:1).

Inicialmente optou-se por dar atenção especial à produtividade por se entender que só aumentando a produtividade (sem perda da qualidade) seria possível aumentar a capacidade de resposta dos hospitais. No decorrer do desenvolvimento do projecto identificaram-se áreas prioritárias de intervenção, uma das quais é a da gestão do pessoal de enfermagem, pois *“as despesas com pessoal correspondem a 70 % do total das despesas de exploração e dela 25 %, aproximadamente, dizem respeito a pessoal de enfermagem”* (DGFSS, 1984:2).

Verificava-se igualmente uma escassez de enfermeiros, *“na maior parte dos Hospitais não se atingem os rácios estabelecidos pela Direcção Geral dos Hospitais e Departamento de Recursos Humanos da Saúde, torna necessário que se optimize a utilização desses recursos, ou seja que se avaliem e se meçam (em horas de trabalho) as necessidades efectivas dos doentes e a elas se procure adequar o pessoal de enfermagem disponível”* (DGFSS, 1984:3).

No entanto a gestão do pessoal de enfermagem era efectuada por métodos tradicionais, nomeadamente a elaboração dos quadros de pessoal de enfermagem. A afectação de recursos por unidade de cuidados era efectuada com base no número de camas, sem ter subjacentes as horas de cuidados dos doentes e a taxa de ocupação.

Reconhecendo-se as vantagens da utilização de técnicas que permitissem a racionalização dos recursos, decidiu-se pedir o apoio técnico da consultora Elaine Anderson, Directora de Enfermagem e Administradora Adjunta do Charlton Memorial Hospital em Fall River, Massachusetts, dos Estados Unidos da América.

Complementarmente foram contactadas estruturas centrais de enfermagem nomeadamente a Direcção Geral dos Hospitais (Inspeção Técnica de Enfermagem), Departamento de Recursos Humanos da Saúde (Divisão do Exercício de Enfermagem) e o Instituto Nacional de Saúde (Departamento de Ensino de Enfermagem).

Em Abril de 1982 foi criado um grupo de trabalho, no Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde que em Julho de 1986 passou para a dependência da Direcção Geral dos Hospitais. Esse projecto desenvolveu-se ao nível do subsistema de enfermagem e consiste na classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem.

Para a consultora Americana Elaine Anderson um sistema de classificação de doentes *“consiste numa distribuição dos doentes por categorias de acordo com a definição das suas necessidades em cuidados de enfermagem”* (Anderson, 1983: 10).

A pertinência desse projecto deveu-se ao facto, de se ter identificado uma assimetria na distribuição dos enfermeiros pelas organizações a nível nacional, e mesmo dentro das próprias organizações. Por outro lado devido à inexistência de um instrumento de medida das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, tornava impossível uma análise mais detalhada e precisa.

O desenvolvimento do projecto iniciou-se em Março de 1984, sendo nomeado um grupo constituído por uma administradora hospitalar (Dr.^a Nazaré Silva) destacada no Departamento de Gestão Financeira, duas técnicas de enfermagem de Órgãos Centrais do Ministério (Enf.^a Monteiro de Barros em representação da Direcção Geral dos Hospitais e a Enf.^a Quintão Pereira representando o Departamento de Recursos Humanos da Saúde) e uma enfermeira professora (Enf.^a Soares Veiga).

Para colaborar na implementação do projecto com o grupo coordenador, disponibilizaram-se o Hospital Central Pulido Valente e os Hospitais Distritais de Abrantes, Beja, Bragança e Torres Novas.

O projecto teve como principal objectivo, o desenvolvimento de técnicas de organização e gestão de serviços de enfermagem nos hospitais, para uma racional utilização dos recursos, nomeadamente:

“ - O desenvolvimento e aplicação de métodos de medição e controle da produtividade;

- *A aplicação de técnicas de detecção e resolução de problemas com impacto na produtividade do pessoal e no controle dos consumos;*

- *A organização do trabalho nas unidades de tratamento: desenvolvimento e aplicação de planos de cuidados de enfermagem individuais, análise e descrição de funções, preparação de manuais de procedimentos, metodologia de distribuição do trabalho;*

- *A racionalização da utilização do pessoal de enfermagem pela sua libertação progressiva de tarefas que devem competir a serviços de apoio geral e pela sua distribuição diária de acordo com os diferentes graus de dependência de cuidados por parte dos doentes: desenvolvimento e aplicação de um sistema de classificação de doentes que sirva de suporte a essa distribuição e a um planeamento mais racional de efectivos;*

- *O planeamento global de efectivos com base em indicadores de produtividade” (DGFSS, 1984:4)*

Os objectivos e operacionalização do SCD/E contribuem para o crescimento e desenvolvimento dos recursos humanos e das organizações, pelo que se enquadram nos subsistemas definidos por Chiavenato (2003) descritos no Cap. 2.1 – Gestão estratégica dos recursos humanos e que são:

Provisão – fornece dados, informação e conhecimento que permite proceder ao planeamento quantitativo de recursos humanos, ao recrutamento e selecção de pessoal, procurando uma adequação dos recursos humanos às necessidades dos doentes.

Aplicação – contribui para a organização do trabalho de enfermagem e a análise e descrição de funções, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade.

Manutenção – permite a distribuição da carga de trabalho face aos recursos disponíveis (compensação) contribuindo para o exercício profissional de qualidade e de acordo com o preconizado na Carreira de Enfermagem e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, nas vertentes científica, técnica e relacional ou seja numa perspectiva de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Desenvolvimento – contribui para o crescimento e desenvolvimento dos enfermeiros como pessoas, profissionais e agentes activos nos cuidados de saúde.

Monitorização – permite a aplicação de métodos de medição e controle da produtividade dos profissionais de enfermagem, fornecendo indicadores de produção.

Em Julho de 1983, o grupo coordenador e a consultora Elaine Anderson visitaram os hospitais de Abrantes, Pulido Valente, Santa Maria e Beja tendo realizado 2 seminários subordinados ao tema – Técnicas de Gestão de Pessoal de Enfermagem. Pelo que definiram como prioridades do projecto:

“ - Dar informação às chefias de enfermagem tomando-as aptas a detectar problemas e a planear, implementar e avaliar acções que conduzam a uma mais eficaz utilização de recursos;

- Proceder à análise crítica das tarefas de cuidados indirectos desempenhados pela enfermagem – nomeadamente a nível da gestão de recursos materiais – com o objectivo de as libertar daquelas que devem ser atribuídas a serviços de apoio;

- Criar condições para a implementação de um sistema objectivo de classificação de doentes, que permita identificar e medir as suas necessidades em cuidados de enfermagem, basear as decisões sobre dotação, diária e por turnos, de pessoal nas unidades de tratamento e contribuir para a elaboração do orçamento e para o planeamento de efectivos” (DGFSS, 1984:6).

Em Março de 1984, foi realizado um curso intensivo de formação no Hospital Distrital de Beja, onde foi prelectora a enfermeira Elaine Anderson e as duas técnicas de enfermagem, cuja população alvo foram 12 Enfermeiros Chefes de 6 hospitais e 4 administradores hospitalares, incidindo sobre produtividade em enfermagem, sistemas de classificação de doentes, gestão de materiais, aplicação de técnicas de resolução de problemas (exercícios práticos) e de planeamento da mudança.

A consultora Americana Elaine Anderson (1983) que participou na implementação do SCD/E em Portugal considera que os sistemas de classificação de doentes visam fornecer dados objectivos para uma tomada de decisão oportuna e adequada, só deste modo poderemos intervir na produtividade a curto, médio e longo prazo. Alerta-nos ainda para o facto de que:

“1 – Um sistema de classificação, só por si, não aumenta a produtividade. As pessoas que o utilizarem é que aumentarão a produtividade.

2 – Um sistema de classificação não resolve o problema da escassez de pessoal. Apenas ajuda na medida em que permite uma distribuição mais eficiente dos limitados recursos em mão-de-obra” (Anderson, 1983:8)

Foram constituídos grupos de trabalho que integravam os coordenadores, enfermeiros dos hospitais piloto e enfermeiros ligados às escolas de enfermagem, de modo a desenvolverem:

- Um modelo de plano de cuidados de enfermagem individual constituindo o suporte de informação básica de um sistema de classificação de doentes e
- Um conjunto de normas escritas relativas às actividades de enfermagem mais significativas e susceptíveis de serem incluídas num sistema de classificação de doentes.

O sistema desenvolvido em Portugal, utilizou na sua construção a metodologia GRASP (Grace Reynolds Application Study of Peto), testada nos Estados Unidos da América, baseando-se na definição dos níveis de dependência em cuidados de enfermagem. O sistema GRASP foi desenvolvido no Medical College of Georgia em Augusta, sendo utilizado em inúmeros hospitais do Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido.

Em Portugal, o grupo coordenador constatou a inexistência de instrumentos de medida das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, pelo que as actividades contempladas no sistema de classificação de doentes foram as que possuem maior impacto em termos de carga de trabalho de enfermagem, no contexto português.

De entre “os vários sistemas de classificação de doentes conhecidos, escolheu-se um sistema de tipo objectivo ou de avaliação por factores” (Veiga et al, 1987a:13). Neste tipo de sistema objectivo identifica-se quais os factores que têm maior impacto no tempo de cuidados de enfermagem requerido.

O projecto inicialmente designado sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem, hoje designa-se sistema de classificação de doentes em enfermagem (SCD/E) consiste num “sistema de informação para a gestão de recursos na área de enfermagem, que consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido” (DDSFG, 2005a:13).

Frederico e Leitão (1999) consideram o SCD/E como *“um instrumento de gestão que permite informação fidedigna em tempo útil, com a vantagem de orientar a tomada de decisão, tendo como objectivo o equilíbrio dos recursos em função das necessidades e de permitir o melhor nível de qualidade dos cuidados em função dos recursos disponíveis”* (Frederico e Leitão, 1999:168).

Deste modo *“afim de possibilitar a adequação do número de enfermeiros às necessidades reais dos doentes, foi decidido iniciar um projecto com os seguintes objectivos: dotar os hospitais de instrumentos de medida das horas de trabalho de enfermagem necessárias em cada unidade de internamento (numa 1ª fase para as unidades de Medicina e Cirurgia) e desenvolver, com os hospitais, aplicações dessa informação, a serem utilizadas como auxiliares de gestão e planeamento de efectivos, no controle de gestão e no controle da qualidade”* (Veiga et al, 1987a:13).

Os objectivos do SCD/E são:

“- Optimizar os recursos de enfermagem disponíveis;

- Planear cuidados a prestar;

- Gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço;

- Identificar as necessidades em recursos de enfermagem;

- Adequar a dotação dos quadros de pessoal” (Veiga, Simões e Campos, 2000:14).

O SCD/E foi desenvolvido em Portugal sendo:

- Objectivo, porque permite a identificação dos factores (actividades) que têm maior impacto na carga de trabalho dos enfermeiros

- Individualizado, porque possibilita com base na situação clínica do doente (necessidades humanas básicas) determinar as actividades/intervenções de enfermagem e assim o tempo necessário de cuidados de enfermagem, tendo subjacente um padrão qualitativo.

- Flexível, porque permite a adaptação/construção de quadros de classificação a outras valências (médicas, cirúrgicas) e adapta-se a todos os contextos de internamento onde se produz informação de uma forma sistemática.

- Global, porque abrange necessidades físicas e psicológicas tendo subjacente o movimento de serviço.

- Fácil compreensão.

O SCD/E tem como objectivos determinar as Horas de Cuidados de Enfermagem necessárias por doente, em cada dia de internamento (HCN/DI), de

modo a obter valores médios que permitam a gestão racional dos recursos (enfermeiros) disponíveis e prever os recursos necessários (Veiga e Abrantes, 1996). Deste modo constitui um sistema de informação que *“apoia a tomada de decisão dos gestores de enfermagem, sobretudo a introdução de medidas correctivas e o planeamento da admissão de novos enfermeiros, assim como a fundamentação para actualizar o quadro de pessoal, no contexto orçamental da instituição”* (Veiga, Simões e Campos, 2000:14).

Partilho da ideia das autoras, ao referirem que os doentes com o mesmo diagnóstico, podem requerer necessidades e actividades de enfermagem distintas.

Veiga e Abrantes (1996) consideram que classificar um doente, consiste na avaliação da sua dependência em actividades de enfermagem através da utilização de um Quadro de Classificação de Doentes (QCD), bem como na determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais (cuidados directos e cuidados indirectos) com um atendimento personalizado e dentro dos padrões de qualidade.

O SCD/E contempla os cuidados totais que englobam cuidados directos e indirectos.

No entanto o DDSFG (2005a) define requisitos para a implantação do SCD/E:

- ✓ Aplicação sistemática das etapas do processo de cuidados.
- ✓ Organização dos cuidados de enfermagem (método individual ou por responsável).
- ✓ Registos claros, legíveis, objectivos e em articulação com protocolos, normas e manuais.
- ✓ Existência de manuais, protocolos e normativos legais.
- ✓ Registos afectos ao SCD/E identificados, datados e rubricados.
- ✓ Modelos dos registos afectos ao SCD/E actualizados.
- ✓ Instruções de trabalho para o preenchimento dos suportes de informação.
- ✓ Lista de descodificação de siglas.
- ✓ Lista de controlo de recepção dos documentos.
- ✓ Lista de rubricas
- ✓ Definição de funções (não desvio de funções).

Tendo subjacente os requisitos do SCD/E, os contributos do sistema para a qualidade são:

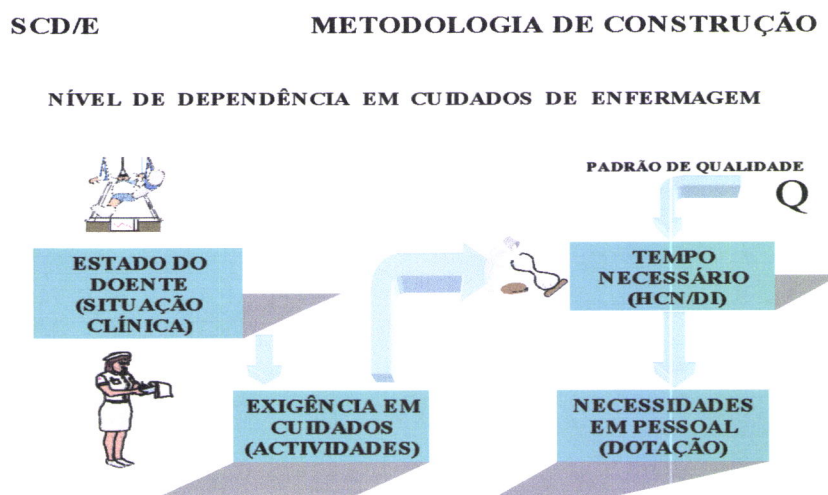
- Sistema centrado no utente.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

- Contribui para a satisfação das necessidades dos utentes.
- Melhoria da continuidade de cuidados de enfermagem.
- Contribui para a visibilidade interna e externa dos cuidados de enfermagem.
- Existência de um circuito de informação.
- Melhoria da comunicação na equipa.
- Contribui para a satisfação dos colaboradores.
- Formação e actualização dos colaboradores.
- Planeamento adequado dos recursos humanos a curto, médio e longo prazo.
- Gestão racional dos recursos humanos.
- Controlo do processo através de auditoria interna e externa.

A concepção do sistema de classificação de doentes desenvolvido em Portugal teve subjacente a situação clínica do doente e as suas necessidades em cuidados de enfermagem (Figura 4). As acções/intervenções de enfermagem, bem como a definição dos tempos de realização foram estudados, definidos e ajustados, tendo subjacente o padrão qualitativo que se encontra descrito nos manuais de conceitos básicos das várias valências.

Figura 4 – Circuito de produção dos dados informativos e classificação de doentes em enfermagem



Fonte: Programa de Formação sobre o SCD/E – IGIF 2005

Filho (1992) considera que um sistema de classificação de doentes deve basear-se nas exigências do paciente em termos de cuidados de enfermagem, tendo subjacente as necessidades (situação clínica), as intervenções (as actividades) e as prioridades do cuidado. Conceito que está em conformidade com a metodologia de construção do SCD/E.

O projecto desenvolveu-se em 2 fases:

1ª Fase – Construção do instrumento de medida das horas de enfermagem para as valências de Medicina e Cirurgia.

2ª Fase – Implementação do SCD/E em 10 unidades-piloto de 5 Organizações Hospitalares, Veiga et al (1987a).

Na 1ª fase foram percorridas as seguintes etapas:

- ***Definição das principais actividades de cuidados directos de enfermagem e respectivos níveis de dependência.***

Em Março de 1985 o grupo coordenador do projecto em cooperação com enfermeiros de hospitais centrais, enfermeiros de hospitais envolvidos no projecto-piloto e enfermeiros docentes, elaboraram o Manual de Conceitos Básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em Medicina e Cirurgia. Este documento tinha como objectivo geral: estabelecer critérios uniformes para a implementação de um sistema de classificação e como objectivos específicos: seleccionar as actividades mais representativas do trabalho de enfermagem, para quantificação em tempo de execução; definir níveis de dependência para cada actividade; descrever as situações que se enquadram em cada nível e enumerar os principais procedimentos para cada nível. Deste modo o manual de conceitos básicos foi construído tendo subjacente um padrão qualitativo para a prestação de cuidados de enfermagem.

Os pressupostos inerentes à construção do manual de conceitos básicos foram: actividades de enfermagem em cuidados directos mais frequentes e comuns; funções do pessoal correctamente definidas, actividades de enfermagem analisadas na sua globalidade; necessidades de cuidados indirectos – levantamento, selecção e tradução em tempo e não foram consideradas as actividades ligadas aos meios complementares de diagnóstico.

Tendo subjacente a qualidade dos cuidados de enfermagem considerou-se que existiam actividades comuns a qualquer intervenção de enfermagem e que são: consulta do processo do doente e plano de cuidados; identificação do doente;

informação ao doente e educação para a saúde; respeito pela privacidade e preferências do doente; manutenção funcional da unidade de cuidados e a execução de registos de enfermagem.

Foram definidos os conceitos de actividade de enfermagem, níveis de dependência, procedimento, cuidado directo e cuidado indirecto.

Por actividade de enfermagem entende-se *“conjunto de actos físicos, verbais e mentais planificados pelo enfermeiro, executados e avaliados por um ou mais membros da equipa para responder à necessidade específica do doente”* (DGFSS, 1986:2).

Por níveis de dependência para cada actividade entende-se *“variantes da realização das actividades de acordo com a complexidade e/ou intensidade dos cuidados necessários ao doente”* (DGFSS, 1986:3). Assim foram identificados os níveis de dependência: independente, ajuda parcial, ajuda total e ajuda total com cuidados especiais. E os níveis de dependência das outras actividades: Terapêutica, Tratamentos, Sinais Vitais, Actividades Especiais e Avaliação e Actualização do Plano de Cuidados. A selecção teve subjacente que essas actividades eram as requeridas por maior número de doentes, serem actividades comuns a todos os doentes, decorrerem de prescrições dependentes e interdependentes, terem grande impacto na carga de trabalho em enfermagem e por estarem directamente relacionadas com a essência da profissão de enfermagem.

Por procedimento entende-se *“a descrição de tarefas de enfermagem para cada nível, susceptíveis de serem medidos”* (DGFSS, 1986:3). Por cuidado directo entende-se *“toda a tarefa que pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente ex.º preparar a medicação, administração de terapêutica, registos”* (DGFSS, 1986:3). Entende-se por cuidado indirecto *“toda a tarefa que embora concorra para a assistência global do doente, não pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente ex.º arrumação da sala de trabalho, passagens de turno, preparação de material para a esterilização”* (DGFSS, 1986:3).

- Determinação da percentagem de cuidados directos definidos.

Em Junho de 1985 foi feito um estudo de amostragem do trabalho, nas 10 unidades piloto. Neste estudo colaboraram enfermeiros treinados na prestação de cuidados de enfermagem com a colaboração do departamento de Engenharia

industrial da Universidade Nova de Lisboa. O estudo determinou que as actividades de cuidados directos identificadas representavam 88 % do total dos cuidados directos.

- Determinação dos tempos padrão por níveis de dependência.

Esta actividade decorreu entre Setembro de 1985 e Fevereiro de 1986, nas reuniões participaram os enfermeiros das unidades-piloto, tendo sido utilizada a Técnica do Grupo Nominal – Delphi. Na determinação dos tempos padrão e por consenso dos participantes foram excluídos os valores mais elevado e mais baixo, tendo-se encontrado o valor médio.

- Determinação da frequência de prestação dos cuidados directos num período de 24 horas.

Este estudo decorreu no período de Novembro de 1985 a Fevereiro de 1986, durante 14 dias os enfermeiros das unidades-piloto registaram para cada doente, todos os cuidados directos prestados. Depois de analisados os resultados, obtiveram-se por consenso dos enfermeiros, as frequências da prestação de cuidados.

- Construção e experimentação do protótipo do Quadro de Classificação de Doentes (QCD).

Após os estudos de estimativas de tempo e do estudo de frequências, foi elaborado o protótipo do Quadro de Classificação de Doentes, que foi testado entre Junho e Agosto de 1986. Assim foram classificados 10 doentes escolhidos aleatoriamente, em cada unidade, durante 7 dias. Os valores obtidos mereceram a aprovação dos enfermeiros envolvidos. Os tempos estimados para cada nível foram convertidos em pontos, em que cada ponto corresponde a 6 minutos.

- Identificação das actividades de cuidados indirectos e determinação do tempo-padrão.

No decorrer da 2ª quinzena de Maio de 1986, foi efectuado um estudo envolvendo enfermeiros, auxiliares de acção médica e as secretárias de unidade, que durante 14 dias, registaram por turno os cuidados indirectos prestados aos doentes. Por análise estatística foi determinado o tempo padrão de 54 minutos para os cuidados indirectos.

A fórmula final apresento-a na Figura 5.

- Definição das normas a observar na classificação de doentes, desenvolvimento de suportes escritos e definição dos circuitos de informação.

Os impressos e a definição das normas constituíram uma actividade do grupo coordenador tendo sido analisados com os enfermeiros e com os administradores hospitalares dos hospitais-piloto. Esta actividade foi desenvolvida em Outubro 1986.

- Desenvolvimento de um sistema de auditoria das classificações dos doentes.

Tendo subjacente que o SCD/E permite determinar o número de horas de cuidados necessárias por doente em cada unidade de cuidados e por organização hospitalar, logo permite determinar a produtividade do subsistema de enfermagem. Face ao exposto considerou-se crucial desenvolver em Novembro de 1986 um sistema de auditoria, de modo a garantir confiança nas classificações efectuadas. Deste modo mensalmente o auditor selecciona aleatoriamente os processos e verifica a conformidade entre a sua classificação e a do enfermeiro classificador.

- Em 1997 desenvolveu-se um sistema de auditoria externa aos hospitais utilizadores.

Actualmente a auditoria externa tem como objectivos:

“Garantir a fiabilidade do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem.

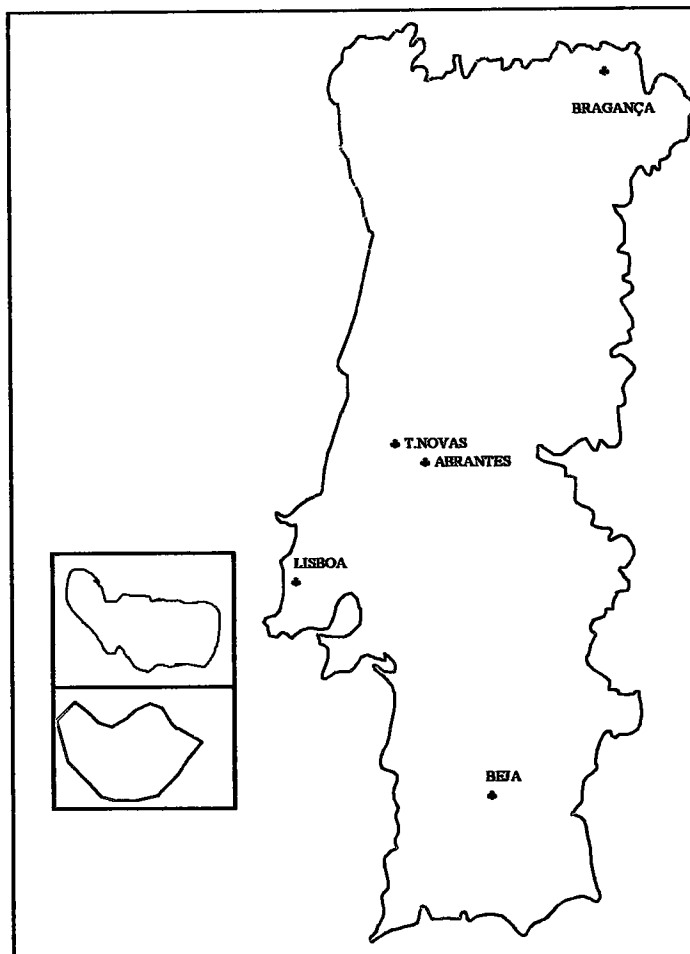
Analisar a necessidade de melhoria no âmbito da aplicação do SCD/E.

Validar os resultados da auditoria interna.

Contribuir para a garantia da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem” (DDSG: 2005a, 27).

Concluída a construção do QCD para a valência de Medicina / Cirurgia, iniciou-se em Novembro de 1986 a operacionalização do SCD/E em Portugal, que foi implementado em 10 unidades piloto (valências de Medicina e Cirurgia) de Organizações Hospitalares que se disponibilizaram para a implementação do SCD/E e que foram os Hospitais Distritais de Abrantes, Beja, Bragança e Torres Novas e no Hospital Pulido Valente (Figura 6).

Figura 6 – Organizações hospitalares pioneiras na implementação do
SCD/E



Em Outubro de 1988 ocorre o primeiro alargamento do projecto ao Hospital Distrital de Évora.

Dado o interesse de outras valências no SCD/E, formou-se um grupo de trabalho para definir as principais actividades de cuidados directos para a valência de Obstetrícia, tendo sido elaborado a primeira versão do Manual de conceitos básicos.

Procurando uma actualização contínua, face à evolução técnica e científica das ciências da saúde, foram desenvolvidos estudos noutras valências, tendo sido elaborados QCD de modo progressivo, entre parêntesis apresentamos a data inicial de implementação dos QCD.

O QCD de Medicina/Cirurgia além de ser utilizado em serviços de internamento destas especialidades é aplicado em unidades de cuidados/serviços de Cardiologia; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascular; Dermatologia; Especialidade Médicas; Especialidades Cirúrgicas; Fisiatria; Gastroenterologia; Geriatria; Ginecologia; Hematologia; Infecçiology; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Oncologia Médica; Pneumologia e Urologia.

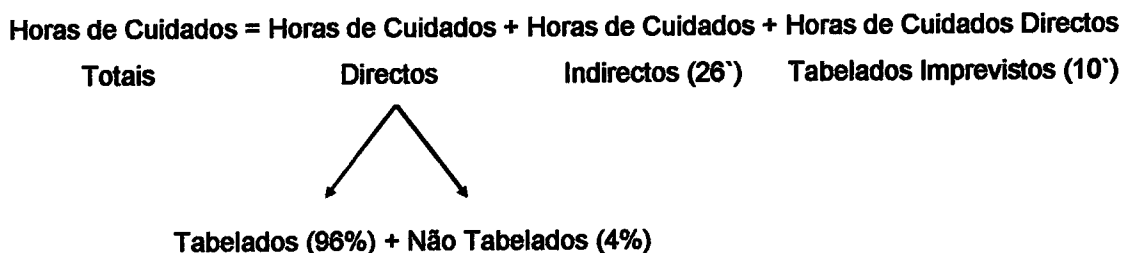
Assim ao longo destes anos foram construídos e actualizados (datas que apresentamos entre parêntesis) os quadros nas valências de:

- Cirurgia/Medicina (1987, 1990) – anexo I.
- Cirurgia Cardiorácica (1989) (não é utilizado actualmente).
- Obstetrícia (1991, 1992, 2003) – anexo I.
- Lesões Vertebro Medulares (1991) utilizado exclusivamente nas unidades de cuidados/serviços do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão – anexo I.
- Pediatria (1995, 2000) – anexo I.
- Ortopedia (1996) – anexo I.
- Reabilitação Geral de Adultos (1996) utilizado exclusivamente nas unidades de cuidados/serviços do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão – anexo I.
- Oncologia (2002) utilizado exclusivamente nas unidades de cuidados/serviços do Instituto Português de Oncologia – Centro Regional de Lisboa e do Porto – anexo I, porque engloba actividades da área oncológica.

O quadro de Medicina/Cirurgia (1987) é utilizado exclusivamente nas unidades de cuidados/serviços do Instituto Português de Oncologia – Centro Regional de Coimbra, porque ainda não implementou o quadro recentemente desenvolvido, nas unidades de cuidados/serviços do Instituto Português de Oncologia – Centro Regional de Lisboa e do Porto.

Os quadros de classificação de doentes têm sido actualizados face à evolução técnica e científica, no caso da valência de Obstetrícia que foi construído em 1991 e actualizado em 1992 e 2003 (Figura 7).

Figura 7 – Fórmula de construção do QCD da valência de Obstetrícia (1991, 1992, 2003)

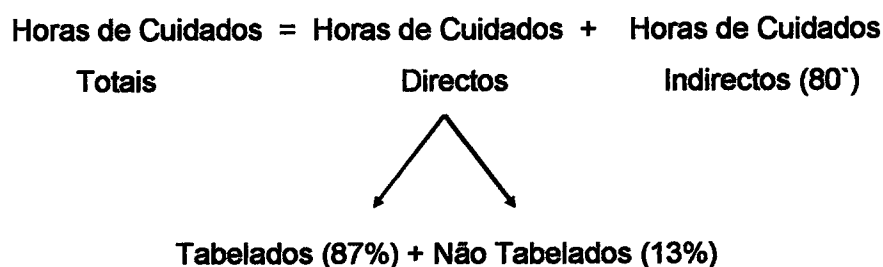


Fonte: Ministério da Saúde – IGIF – DGFSS (2003)

Face ao impacto do SCD/E, no cálculo das necessidades dos doentes e de pessoal de enfermagem, foram desenvolvidos estudos na área Pediátrica, o que permitiu abranger grupos etários bastante diversificados, desde os recém-nascidos com idade superior a 28 dias até aos adolescentes com 18 anos.

O quadro inicial de classificação de doentes, da valência de Pediatria foi construído em 1995, tendo sido actualizado em 2000 decorrente da evolução técnica e científica.

Figura 8 – Fórmula de construção QCD da valência de Pediatria (1995, 2000)

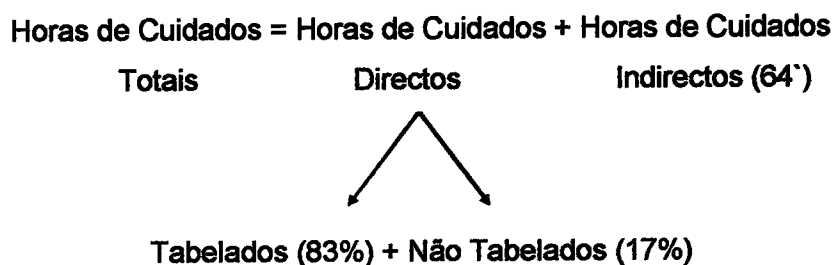


Fonte: Ministério da Saúde – IGIF – DDSFG (2000)

O quadro de classificação de doentes, da valência de Ortopedia foi construído em 1996, a sua concepção e respectiva fórmula é sobreponível ao descrito para o quadro de classificação de doentes de Medicina/Cirurgia (1987, 1990).

Após a solicitação de Organizações especializadas, nomeadamente na área da reabilitação foram efectuados estudos e construiu-se quadros para essa valência em 1991 e 1996. Estes QCD são actualmente utilizados no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Figura 9 – Fórmula de construção do QCD da valência de Lesões Vertebro-Medulares (1991) e Reabilitação Geral de Adultos (1996)

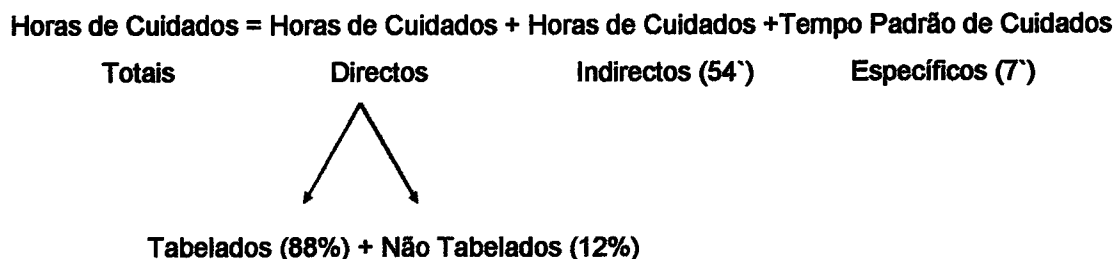


Fonte: Ministério da Saúde – IGIF – DDSFG (1996)

Face à dimensão dos problemas oncológicos, as organizações direccionadas para estas patologias manifestaram ao IGIF a necessidade de construção de um QCD específico para esta valência, o que permitia determinar as necessidades dos doentes e de pessoal de enfermagem.

Constituindo um instrumento de apoio à tomada de decisão de modo a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, foram efectuados os estudos que terminam com a construção do QCD de Oncologia em 2002.

Figura 10 – Fórmula de construção do QCD da valência de Oncologia (2002)



Fonte: Ministério da Saúde – IGIF – DDSFG (2002)

Neste QCD foi contemplado uma parcela designada de tempo padrão de cuidados específicos, tendo sido atribuídos 7 minutos e relaciona-se com a mobilidade de doentes para exames e colaboração com outros técnicos de saúde.

Veiga e Abrantes (1996) consideram que o SCD/E como instrumento de informação e de apoio à decisão permite-nos conhecer, para o mesmo doente, no mesmo episódio de internamento, dia a dia, o número de horas de cuidados de enfermagem necessários.

A classificação por tipo de cuidado é efectuada diariamente, para que seja ajustada à realidade, à gravidade dos pacientes e suas necessidades pelo que os QCD estão localizados em cada processo clínico do doente, a classificação é efectuada diariamente pelo enfermeiro responsável pelo doente entre as 13.00-15.00 horas, assinalando com um círculo no QCD, os níveis de dependência do doente por actividade, previstos para as próximas 24 horas. Em seguida soma os pontos obtidos e inscreve na quadrícula correspondente, posteriormente consulta a tabela de conversão, transforma os pontos em horas de cuidados necessários (HCN), após o que transcreve essas HCN para o impresso resumo diário da classificação de doentes/unidade.

Além dos QCD atrás referidos foram elaborados um conjunto de documentos de modo a contribuir para a operacionalização do sistema, onde se destacam:

✓ **Resumo diário de classificação de doentes por serviço / unidade de internamento – anexo II.**

Este impresso está localizado na sala de trabalho ou sala de registos, sendo preenchido diariamente e em simultâneo pelo/a enfermeiro/a responsável pelo doente e o/a enfermeiro/a chefe. O/a enfermeiro/a responsável pelo doente transcreve as HCN pelas quais é responsável, para resumo diário da classificação de doentes entre as 13.00-15.00 horas. O/a enfermeiro/a chefe elabora a folha diária de horas de cuidados de enfermagem entre as 13.00-15.00 horas. Neste impresso procede-se ainda:

- Contabilização do n.º de doentes e o total das HCN/doentes.
- Registo do n.º de doentes que se prevê serem admitidos nas próximas 24 horas (requer informação prévia das unidades de cuidados/serviços) ou transferidos são contabilizados com 1 hora por cada doente.

- Registos do n.º de partos previstos para as próximas 24 horas são contabilizados com 1 hora por cada parto.

- Registo do n.º de doentes que necessitam ser acompanhados nas suas deslocações para o exterior do hospital, por enfermeiro, nas próximas 24 horas. As deslocações podem ser contabilizadas por um período de 2, 4, 6, 8, 10, 12 ou 14 horas.

- Registo do n.º de doentes que se prevê terem alta (requer informação prévia dos técnicos de saúde) ou que sejam transferidos, sendo descontado 1 hora por cada doente.

✓ **Relatório diário de horas de cuidados de enfermagem – anexo III.**

O Enfermeiro Chefe regista o n.º de horas de cuidados necessárias na classificação do dia anterior, as HCP (Horas de Cuidados Prestados nas últimas 24 horas por enfermeiros) e HAU (Horas de Apoio Utilizadas referentes aos auxiliares de acção médica). Regista ainda o n.º de doentes/clientes existentes, HCN (Horas de Cuidados Necessárias) para as próximas 24 horas, as HED (Horas de Enfermagem Disponíveis) e as HAD (Horas de Apoio Disponíveis para próximas 24 horas e a variação entre HED e as HCN.

✓ **Relatório diário de utilização de pessoal de enfermagem por serviço / unidade de internamento – anexo IV.**

O administrativo que apoia o Enfermeiro Director transcreve os dados do relatório diário, o que permite determinar "rácios" diários como HCN/DI, HCP/DI, Taxa de Utilização de Pessoal de Enfermagem, Enfermeiros Tempo Completo e indicadores corrigidos.

✓ **Relatório mensal de utilização de pessoal de enfermagem – anexo V.**

Este documento permite determinar por unidade de internamento os "rácios": dias de internamento, HCN, HCP, HCP corrigido, Variação corrigida, HCN/DI, HCP/DI corrigido e a % utilização corrigida. Este relatório permite identificar a variação em ETC ou seja o n.º de enfermeiros necessários por unidade de cuidados que aplicam o SCD/E e ao nível de toda a organização hospitalar.

O SCD/E constitui um sistema de informação de suporte à gestão a quatro níveis de actuação:

- *"Enfermeiro responsável pelo doente (planeamento de pessoal, programação de cuidados e avaliação de cuidados).*

- *Enfermeiro Chefe (elaboração de horários, distribuição de enfermeiros, planeamento de férias, formação em serviço e investigação/acção).*

- *Enfermeiro Director (objectivos de produtividade, política de recrutamento, equilíbrio da carga do trabalho, padrão de qualidade).*

- *Serviço Central (política de formação de enfermeiros e planeamento da dotação dos hospitais)” (Simões e Santos, 2003:19).*

O SCD/E permite a determinação de indicadores de produção. Por indicador entende-se o *“instrumento de medida ou forma de quantificar em tempo a necessidade da pessoa em cuidados de enfermagem face à situação clínica”* (DDSG, 2005a:11). Para Montes, Aldeguer e Fernandez (1997) um indicador deve ser relevante, permitir a tomada de decisão, estabelecer prioridades na resolução de problemas, ser formado por componentes independentes entre si e facilmente identificáveis, conhecendo-se em cada caso a contribuição de cada um para o valor do indicador, ser sensível às variações do fenómeno a estudar, baseado em dados fáceis de recolher.

Os indicadores produzidos pelo SCD/E são:

√ Dias de internamento / N.º de doentes classificados

√ Horas de Cuidados Necessários (HCN) / Dia de Internamento (DI) resulta da avaliação do grau de dependência dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem, ou seja, do nível e intensidade dos cuidados de enfermagem a prestar aos doentes.

√ Horas de Cuidados Disponíveis (HCD) / Dia de Internamento (DI)

√ Total de horas de cuidados prestados (HCP) / Dia de Internamento (DI)

√ $HCP / DI - \text{Horas de Cuidados Prestados (HCP) / Dia de Internamento (DI)}$

√ $\text{Percentagem de Utilização (HCN/DI: HCP/DI x 100)}$

√ ETC – Equivalente em tempo completo, conversão da variação entre $HCP-HCN / n.º \text{ horas mensais por enfermeiro em regime de trabalho completo} - 35 \text{ horas/semanais ou seja } 140 \text{ horas/mensais}$.

√ HAU – Horas de apoio utilizadas, corresponde à carga de trabalho efectuada pelas auxiliares de acção médica. Este valor permite obter os “rácios” HCP/DI , % utilização e variação corrigida.

Por outro lado fornece indicadores decorrentes das auditorias internas e externas (Percentagem de classificações e n.º de auditorias correctas, Desvios).

Poderemos afirmar que a utilização do SCD/E tem impacto ao nível.

“Técnico – produção de informação atempada e estruturada, normalização de conceitos facilitando a comunicação inter-serviços e entre Hospitais, utilização de ferramentas normalizadas.

Organizacional – optimização e gestão de recursos de enfermagem, produção de indicadores de gestão de qualidade e de eficiência.

Social – melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Sócio-profissional – melhoria da autonomia e aumento da responsabilidade do enfermeiro e da equipa de saúde face ao doente, contribuindo para a motivação no desempenho profissional” (Simões e Santos, 2003:22).

Mas se o SCD/E tem tido impacto aos diferentes níveis da estrutura organizacional, o aumento constante do volume de informações e de conhecimentos tem constituído uma dificuldade operativa em momentos de decisão. Assim, em 1996, face ao aumento do número de organizações que implementaram o SCD/E e respectivo volume de dados produzidos, que se encontram na base do IGIF, iniciou-se o desenvolvimento do programa informático SICD/E cujas vantagens são:

- *“Possibilitar um menor dispêndio de tempo por parte dos enfermeiros, na aplicação do sistema;*

- *Permitir a eliminação dos erros de cálculo e de transcrição;*

- *Permitir uma maior fiabilidade nos resultados;*

- *Possibilitar um melhor cruzamento da informação, através do tratamento gráfico e estatístico da informação;*

- *Facilitar a gestão dos recursos existentes por garantir uma maior fiabilidade e qualidade de informação;*

- *Possibilitar a centralização dos dados dos diversos hospitais, permitindo tratar a informação e realizar estatísticas a nível nacional” (Silva et al, 1998:8)*

O programa informático encontra-se dividido em cinco áreas de actuação:

Recursos humanos – engloba a distribuição dos enfermeiros pelos serviços e a distribuição dos doentes pelos enfermeiros.

Classificação – onde se faz o registo das horas de cuidados necessárias por doente e por unidade de internamento, bem como as horas de cuidados disponíveis e as horas de cuidados prestadas.

Auditorias – contempla as auditorias internas e externas, de modo a garantir a fiabilidade do SCD/E

Relatórios e gráficos – permite o acesso a toda a informação relativa à produção de dados da organização, por unidade de serviço e ainda relativo à evolução do doente em cuidados de enfermagem.

Gestão do sistema – destina-se a manter as tabelas de suporte à aplicação informática, permite a ligação da organização ao IGIF, para envio dos dados para a base central.

O SICD/E tem como plataforma de desenvolvimento e produção: Windows 95 no cliente e UNIX no servidor, a base de dados é a Oracle e as ferramentas de análise e desenvolvimento é a Designer/Oracle; Forms 6i.

Os requisitos para a instalação do Módulo de Enfermagem são:

- Servidor de Base de Dados – Oracle.
- Servidor Aplicacional – com ligação aos computadores dos utilizadores.

Para configurações com um número médio até 50 utilizadores em simultâneo, deve ser disponibilizado um servidor de Arquitectura Intel com as seguintes características básicas: 2 Processadores Pentium; 2 Gb de RAM; 2 Discos de 36 Gb SCSI em Mirror; 2 Placas de Rede Fast Ethernet; 1 Drive de Backup >= 12 Gb; 1 Drive de DVD-ROM; Fontes de Alimentação Redundantes; Sistema Operativo MS Windows 2000 Server Eng; Garantia On-Site a 3 Anos. Assim os computadores nos serviços de enfermagem devem estar: Ligados à Rede Pentium; 64 MB RAM (mínimo 32) e 1 GB Disco. Por outro lado devemos realçar que está garantida a privacidade do doente garantindo o princípio da confidencialidade, pois cada enfermeiro tem de digitalizar o nome e a sua palavra-chave (password).

Por outro lado no SICD/E estipularam-se os níveis de acesso aos dados:

- Nível 5 – concedido aos enfermeiros classificadores, tendo acesso ao QCD/E e relatórios e gráficos por doente.
- Nível 4 – concedido aos enfermeiros chefes, tendo acesso às opções gestão de recursos humanos, resumos e relatórios diários, evolução do doente, relatórios e gráficos do hospital e do serviço.
- Nível 3 – concedido aos enfermeiros auditores, tendo acesso aos quadros de auditoria interna, relatórios e gráficos de evolução do doente.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

- Nível 2 – concedido aos enfermeiros supervisores, tendo acesso às opções recursos humano (gestão de enfermeiros e distribuição dos enfermeiros por serviço), evolução do doente, relatórios e gráficos do hospital e dos serviços onde exerce funções.

- Nível 1 – concedido ao enfermeiro/a director/a, tendo acesso à informação especificada no nível 2, de cada enfermeiro supervisor.

- Nível 0 – concedido aos técnicos responsáveis pela administração e gestão do sistema informático.

O IGIF notificou a Comissão Nacional de Protecção de Dados, relativamente ao SICD/E, conforme deliberação n.º 36/2000 de 14 Julho.

A primeira organização a operacionalizar o SICD/E foi o Hospital de Portimão em 1998.

Em Dezembro de 2004 o SCD/E está implementado em 39 Organizações, em 273 Unidades de Cuidados/Serviços, estando o SCD/E operacionalizado em 12 organizações e o SICD/E em 27 Organizações.

Em seguida apresentamos as Organizações Hospitalares e as Unidades de Cuidados/Serviços onde o SCD/E está implantado.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Quadro 4 – Organizações hospitalares e n.º de unidades de cuidados / serviços que aplicam o SCD/E

Organizações Hospitalares	Unidades de Cuidados / Serviços
Centro Hospitalar do Médio Tejo: Hospital Doutor Manoel Constâncio – Abrantes	7
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo: Hospital José Joaquim Fernandes – Beja	12
Distrital de Bragança	9
Centro Hospitalar do Médio Tejo: Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas	6
Espírito Santo – Évora	11
São João de Deus – Famalicão	7
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra	6
Universidade de Coimbra	32
Doutor José Maria Grande – Portalegre	8
Distrital de Faro	13
Centro de Medicina de Reabilitação – Alcoitão	4
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio: Hospital Distrital de Lagos	2
Distrital da Figueira da Foz	6
Centro Hospitalar do Funchal	24
Distrital de Lamego	6
Centro Hospitalar Barlavento Algarvio: Hospital Barlavento Algarvio – Portimão	10
Santa Luzia – Elvas	4
Santa Cruz – Carnaxide	4
Centro Hospitalar do Médio Tejo: Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar	4
Centro Hospitalar Alto Minho: Hospital Conde de Bertiandos – Ponte Lima	2
Centro Hospitalar de Lisboa: Hospital de S. José	17
Divino Espírito Santo – Ponta Delgada	11
Nossa Senhora da Assunção – Seia	2
São José – Fafe	3
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa	6
Centro Hospitalar de Torres Vedras: Hospital Distrital de Torres Vedras	4
Distrital de Mirandela	4
Distrital de Chaves	8
Nossa Senhora do Rosário – Barreiro	8
Cândido de Figueiredo – Tondela	3
Centro Hospitalar de Coimbra	6
Distrital de Macedo de Cavaleiros	3
São Francisco Xavier – Lisboa	2
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Porto	4
Sousa Martins – Guarda	3
Curry Cabral – Lisboa	3
Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	2
São Marcos – Braga	2
Total	273

Fonte: Reproduzido de MINISTÉRIO DA SAÚDE: IGIF – DDSFG – Relatório do ano de 2004 – Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem, 2005b:7-11

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Embora não constando no relatório em 2004, o Hospital de Bernardino Lopes Oliveira – Alcobaça iniciou o SCD/E em 2 unidades de cuidados/serviços; no Hospital de São Teotónio – Viseu em 2 unidades e no Hospital de São Miguel – Oliveira de Azeméis em 3 unidades, o que perfaz 280 unidades de cuidados/serviços. As organizações produziram dados, que constam numa base do IGIF e que totalizam 14.066.736 registos referentes ao período de 1987 a 2004. No ano de 2004 foram realizados 1.745.128 registos.

A participação das organizações na operacionalização do SCD/E é facultativa, não implicando quaisquer custos para as organizações, quer a versão manual quer o software da versão informática (SICD/E) é facultado pelo IGIF existindo apenas os custos directos e indirectos relacionados com a formação dos colaboradores.

O projecto é da responsabilidade do Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde e tem como missão a satisfação profissional dos colaboradores, dos utentes e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Num processo de melhoria contínua da qualidade podem ser definidas 4 etapas:

- Responsabilidade da gestão estratégica, tática e operacional.
- Gestão de recursos.
- Realização do produto ou serviço.
- Medição, Análise e Melhoria.

Todas as etapas estão interrelacionadas e condicionam-se mutuamente. Na etapa responsabilidade da gestão estratégica, tática e operacional, compete aos Enfermeiros Directores solicitar a participação da sua Organização ao Ministério da Saúde – Instituto de Gestão Informática e Financeira, responsabilizando-se pela criação das condições necessárias para a implementação do SCD/E, em cooperação com os restantes membros do Conselho de Administração. Após a implementação assume a responsabilidade na tomada de decisões preventivas e/ou correctivas face aos desvios encontrados.

Na etapa gestão de recursos os Enfermeiros Directores, Supervisores e Chefes definem objectivos de produtividade, o padrão de qualidade dos cuidados, a política de recrutamento e o equilíbrio da carga do trabalho. Especificamente aos Enfermeiros Chefes compete a elaboração de horários, distribuição de enfermeiros,

planeamento de férias, formação em serviço e investigação/acção. Além da gestão de recursos humanos devem adoptar sistemas centralizados de gestão de materiais.

Na etapa realização do produto ou serviço tem subjacente o nível de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

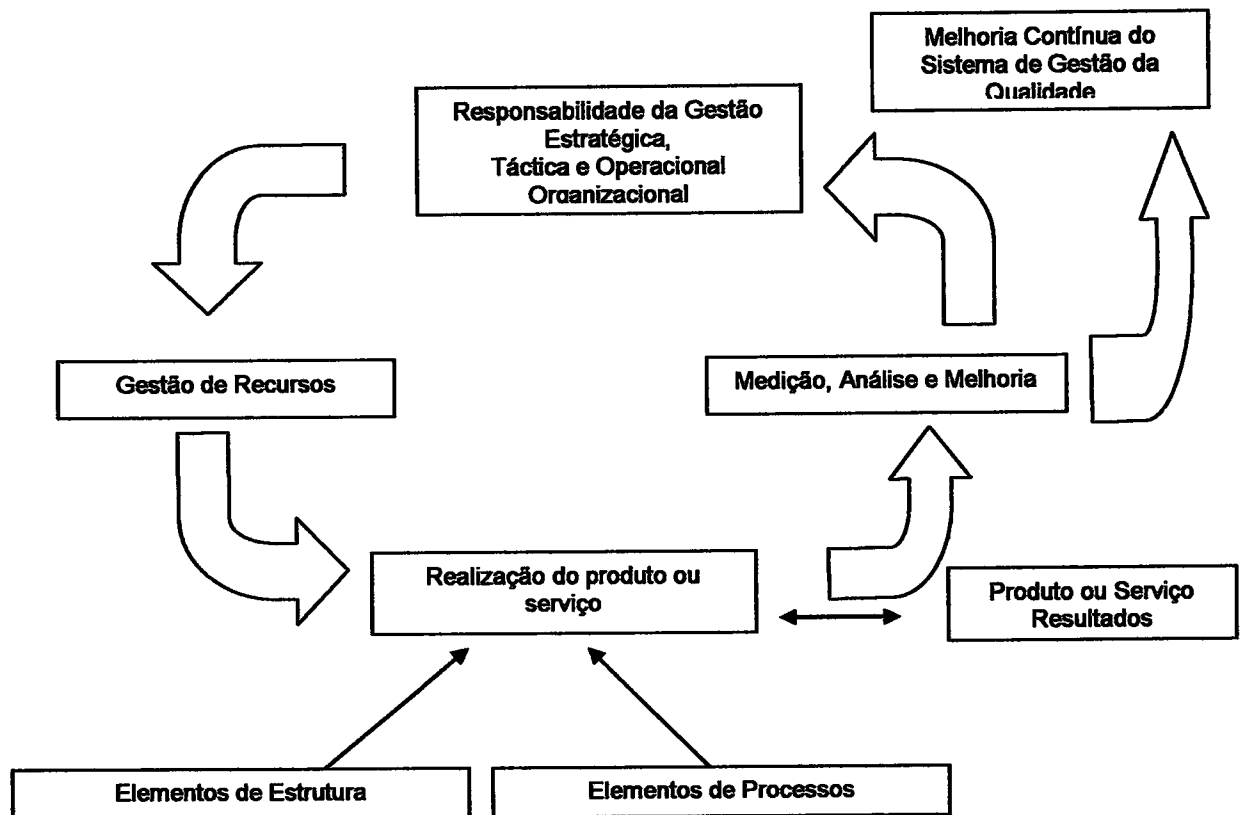
Finalmente na etapa medição, análise e melhoria, incluem-se as auditorias internas e externas cujos impressos apresento nos anexos VI e VII entendidas como uma *“análise sistemática e independente com vista a determinar se as actividades e os resultados relativos ao SCD/E satisfazem as disposições pré-estabelecidas, se estas estão efectivamente implementadas e se são adequadas para alcançar os objectivos do SCD/E”* (IGIF, 2005a:11). No decorrer das auditorias internas são identificadas as áreas críticas, podendo ser elaboradas notas de não conformidade/observação (anexo VIII), o que permite a adopção de medidas preventivas e correctivas pelos vários intervenientes, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados e da qualidade dos cuidados.

Quando existe conformidade com os requisitos os auditores elaboram uma nota de congratulação (anexo IX) e mensalmente são elaborados relatórios das auditorias internas por unidade de cuidados/serviço (anexo X).

As organizações que aplicam o SCD/E são auditadas uma vez por ano por auditores externos do IGIF, que elaboram um relatório (anexo XI), onde constam as não conformidades/observação identificadas, de referir que os processos auditados externamente foram submetidos inicialmente a auditoria interna.

Deste modo o projecto possui os requisitos qualitativos para ser considerado um sistema de gestão da qualidade, tendo subjacente a NP EN ISO 9001 e que apresento na Figura 11.

Figura 11 – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem como
Projecto de Qualidade



Nos elementos de estrutura englobam-se os requisitos do SCD/E e que são:

- ✓ Metodologia Científica de Organização dos Cuidados.
- ✓ Metodologia de Prestação dos Cuidados de Enfermagem (método individual ou por responsável).
- ✓ Existência de manuais sobre técnicas, normas e procedimentos de enfermagem, protocolos e normativos legais.
- ✓ Instruções de trabalho para o preenchimento dos suportes de informação.
- ✓ Lista de decodificação de siglas/abreviaturas.
- ✓ Lista de rubricas.
- ✓ Lista de controlo de recepção dos documentos.
- ✓ Registos claros, legíveis, objectivos e em articulação com protocolos, normas e manuais.
- ✓ Registos afectos ao SCD/E datados, rubricados e os modelos dos registos afectos ao SCD/E actualizados.

Nos elementos de processos englobam-se os:

✓ Manuais de Conceitos Básicos das Valências Cirurgia/Medicina; Lesões Vertebro-Medulares; Reabilitação Geral de Adultos; Ortopedia; Pediatria, Oncologia e Obstetrícia.

✓ Manual de Normas de Classificação de Doentes e de Auditoria da Classificação e respectivas Instruções de Trabalho.

Na vertente medição, análise e melhoria encontram-se:

✓ Auditorias Internas, estando definido o perfil e quem nomeia o Auditor, nº e percentagem de auditorias Retrospectivas e Prospectivas e as instruções de trabalho, ou seja quem faz, o quê, quando e como.

✓ Auditorias Externas, estando definido o perfil e quem nomeia o Auditor, nº e percentagem de auditorias e as instruções de trabalho, ou seja quem faz, o quê, quando e como.

Existem documentos inerentes ao processo de auditoria interna:

- Lista de auditores internos do SCD/E.
- Plano de auditoria interna.
- Quadros de auditoria interna (anexo VI).
- Nota de não conformidade / observação (anexo VIII).
- Nota de congratulação (anexo IX).
- Relatório mensal de auditoria interna (anexo X).
- Relatório mensal dos resultados das auditorias internas por serviço / unidade de internamento (anexo X).
- Relatório mensal de percentagem de classificações correctas nas auditorias internas (anexo X).

Os documentos inerentes ao processo de auditoria externa são:

- Plano de auditoria externa.
- Lista de contactos.
- Quadros de auditoria externa (anexo VII).
- Nota de não conformidade / observação (anexo VIII).
- Sinopse das auditorias externas (anexo XI).
- Relatório de auditoria externa (anexo XI).

Em conclusão no SCD/E estão definidos os elementos de estrutura, processos e resultados no Manual de Normas de Classificação de Doentes e de Auditoria da Classificação e respectivas Instruções de Trabalho.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Em conclusão no SCD/E estão definidos os elementos de estrutura, processos e resultados no Manual de Normas de Classificação de Doentes e de Auditoria da Classificação e respectivas Instruções de Trabalho.

Na vertente dos resultados englobam-se a:

- ✓ Gestão dos cuidados de enfermagem.
- ✓ Gestão de recursos humanos.
- ✓ Gestão da informação.

Os elementos de estrutura relacionam-se com a missão, visão, filosofia organizacional ou seja os padrões de qualidade definidos. Os resultados dependem dos elementos relacionados com a estrutura e os processos.

Para concluir considero que o SCD/E constitui um projecto que se articula com outras áreas como: a qualidade de cuidados, o processo de enfermagem, a adequação de recursos, as auditorias de qualidade, a avaliação de desempenho, a formação, o grupo de diagnósticos homogéneos e com a carta de alta.

O Departamento de Modernização e Recursos da Saúde (2002) actualizou a fórmula de cálculo de necessidades de pessoal de enfermagem que contempla um indicador do SCD/E – HCN/DI.

A fórmula é:

$$EN = \frac{\text{LOTAÇÃO (Lo)} \times \text{TAXA DE OCUPAÇÃO (To)} \times \text{HCN/DI} \times 365}{\text{TEMPO (T)}}$$

Fonte: Reproduzido do Ministério da Saúde, Departamento de Modernização e Recursos da Saúde – Guia de orientação para o cálculo de necessidades de enfermeiros nos hospitais, 2002:4

Legenda:

EN – N.º enfermeiros necessários.

Lo – Lotação oficial.

To – Taxa de ocupação.

HCN/DI – Horas de cuidados necessárias por doente e por dia de internamento.

T – Horas de trabalho por enfermeiro e por ano, sendo:

- 1186 Horas para os serviços de Psiquiatria e Oncologia bonificações de acordo com o art.º 57º do Dec.Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

- 1342 Horas para os restantes serviços.

Através da Circular Normativa n.º 1 de 12 de Janeiro de 2006, da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, o valor de T – Horas de trabalho por enfermeiro e por ano, foi alterado passando a ser:

- 1268 Horas para os serviços de Psiquiatria e Oncologia bonificações de acordo com o art.º 57º do Dec.Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro
- 1435 Horas para os restantes serviços.

No documento do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde (2002) são igualmente definidos os valores mínimos, médios e máximos de HCN/DI por valência.

4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS E PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

A investigação consiste num *“processo sistemático e intencionalmente orientado e ajustado tendo em vista inovar ou aumentar o conhecimento num dado domínio”* (Ketele e Roegiers, 1999:104). Relacionado com o processo de investigação está a metodologia, que pode ser definida como a *“arte de aprender a descobrir e analisar os pressupostos e processos lógicos implícitos da investigação, de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los”* (Almeida e Pinto, 1995:24). Judith Bell argumenta que a metodologia *“procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados”* (Bell, 1997:190). A escolha metodológica num trabalho científico é uma actividade essencial, pois pode condicionar o sucesso ou insucesso da pesquisa.

4.1 – DOS MÉTODOS AO DESENHO DO ESTUDO

Os métodos de pesquisa constituem *“formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados”* (Quivy e Campenhoudt, 2003:25). Judith Bell considera que *“a abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter”* (Bell, 1997:20). Tratando-se de um estudo sobre o sistema de classificação de doentes em enfermagem, tendo presente a necessidade de hierarquização da sua importância na gestão estratégica da actividade de enfermagem, selecionei o método quantitativo. Por outras palavras, assumi esta abordagem do objecto para melhor enquadrar o processo sistemático de colheita de dados, dito observáveis e quantificáveis, coadjuvado com técnicas que permitiram conduzir a conclusões e possíveis generalizações, Bell (1997), como irei descrever mais adiante.

A dissertação ao aprofundar o nível de conhecimentos e clarificar os existentes, considero-a um estudo exploratório porque pretende desenvolver, esclarecer conceitos e ideias com o propósito de fornecer hipóteses que possam ser pesquisáveis em estudos futuros, assim os estudos exploratórios *“permitem ao investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema”*

(Triviños, 1990:109), no entanto sem pretender extrapolar os resultados obtidos para outras populações que não a estudada.

Tendo subjacente o objecto de estudo (SCD/E) realizei um estudo descritivo porque examina as características de um grupo e visa descobrir a existência de associações entre variáveis de modo a obter uma informação mais completa e precisa Gil (1995); Polit e Hungler (1996) e Carmo e Ferreira (1998), adopta-se este tipo de estudo quando se descreve *“um determinado objecto na sua estrutura e funcionamento”* (Carmo e Ferreira, 1998:47).

Consideramo-lo transversal porque constitui um estudo de uma determinada unidade de análise/população, num determinado período temporal, *“os dados são colectados em um ponto no tempo, com base em uma amostra seleccionada para descrever uma população nesse determinado momento”* (Richardson, 1989:93).

4.2 – A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, OS OBJECTIVOS DO ESTUDO E A HIPÓTESE DE TRABALHO

Ao começar este trabalho de investigação enunciei o projecto sob a forma de uma pergunta de partida ou seja o que se procura saber, sendo a linha de orientação e fio condutor da pesquisa. Para Quivy e Campenhoudt (2003) os critérios de uma pergunta de partida são: clareza (precisa e concisa), a exequibilidade (realista e adequada aos recursos pessoais, materiais e técnicos) e a pertinência (ou seja abordar o real em termos de análise, e não de julgamento).

Tendo subjacente os critérios referidos defini como questão de investigação:

Como utilizam os Enfermeiros Directores das Organizações Hospitalares a nível nacional, o sistema de classificação de doentes de modo a gerir os recursos humanos e contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para dar resposta à questão de investigação defini como objectivo geral:

► Analisar como os Enfermeiros Directores utilizam o SCD/E na gestão dos recursos humanos e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Como objectivos específicos:

► Caracterizar a gestão estratégica dos recursos humanos nas Organizações Hospitalares onde está implementado o SCD/E.

► Descrever os contributos do SCD/E como sistema de informação na tomada de decisão.

► Indicar os contributos do SCD/E para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Embora o presente estudo se inscreva numa perspectiva exploratória e descritiva, mas face ao modelo analítico enunciado anteriormente, formulei a seguinte hipótese de trabalho para melhor delimitar o estudo: **Apesar da existência do sistema de classificação de doentes estar relacionada com os fundamentos da qualidade de cuidados em enfermagem, tal sistema é predominantemente perspectivado pelos Enfermeiros Directores como um instrumento de informação para a gestão estratégica de recursos humanos e de apoio à tomada de decisão.**

4.3 – O CAMPO DE ESTUDO

A unidade de análise consiste numa *“coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidos por um conjunto de critérios”* (Fortin, 1999:202).

Foi solicitado ao IGIF autorização para utilização dos indicadores (anexo XII). A nível nacional existem 82 organizações hospitalares, o SCD/E está implantado em 39, abrangendo 47,56 % das organizações hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde.

No estudo participaram os Enfermeiros Directores onde o SCD/E está implementado. Assim a unidade de análise foi constituído por 39 Enfermeiros Directores, distribuídos por 25 Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) e 14 Entidades Públicas Empresarias (EPE)/Centro ou Grupos Hospitalares, tais como:

- Centro Hospitalar do Alto Minho – Hospital do Conde de Bertiandos – Ponte de Lima e de Santa Luzia – Viana do Castelo;

- Centro Hospitalar de Lisboa – Hospital São José, de Santo António dos Capuchos e do Desterro;

- Grupo Hospitalar do Médio Tejo – Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas, Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar e Hospital Doutor Manoel Constâncio – Abrantes.

- Centro Hospitalar do Baixo Alentejo – Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e o de São Paulo – Serpa.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

- Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Hospital Distrital de Lagos e o do Barlavento Algarvio – Portimão.

Recentemente pelo Dec.-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro foi criado o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE (Hospital de Santa Cruz, São Francisco Xavier e o Egas Moniz)

De todas as organizações que implantaram o SCD/E, apenas 2 abandonaram o projecto, o Hospital Pulido Valente em 1989 por não ter conseguido implementar os pressupostos necessários à operacionalização do SCD/E e em 2004 o Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua tendo interrompido temporariamente de modo a criar condições necessárias à informatização.

A distribuição das organizações pelas Administrações Regionais de Saúde é a seguinte:

- Norte

Onde se incluem 10 Organizações – 6 SPA e 4 EPE, e que são: Hospital Distrital de Bragança EPE; Hospital de São José – Fafe; Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE – (Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo e Hospital do Conde de Bertiandos - Ponte de Lima); Hospital de São João de Deus, EPE – Vila Nova de Famalicão; Hospital Distrital de Mirandela; Hospital Distrital de Chaves; Hospital Conde de S. Bento – Santo Tirso; Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros; Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, EPE e Hospital de São Marcos – Braga.

No Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE, o SCD/E está implementado apenas no Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima.

Recentemente pelo Dec.-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro foi criado o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE que engloba Hospital Distrital de Bragança, Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros e Hospital Distrital de Mirandela, o SCD/E está implementado nas 3 organizações hospitalares.

- Centro

Onde se incluem 12 Organizações – 9 SPA e 3 EPE, e que são: Hospital Cândido de Figueiredo – Tondela; Hospital Distrital de Lamego; Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho; Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia; Hospital Sousa Martins – Guarda; Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE; Hospitais da Universidade de Coimbra; Centro Hospitalar de Coimbra; Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de

Coimbra, EPE; Hospital Bernardino Lopes Oliveira – Alcobaça; Hospital de São Teotónio – Viseu, EPE e Hospital de São Miguel – Oliveira de Azeméis.

- Lisboa e Vale do Tejo

Onde se incluem 9 Organizações – 4 SPA, 4 EPE e o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, sob a dependência da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Assim temos: Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central (Hospital S. José, Santo António dos Capuchos e Hospital do Desterro); Hospital Curry Cabral; Centro Hospitalar de Torres Vedras (Hospital Distrital de Torres Vedras e Hospital José Antunes Júnior); Grupo Hospitalar do Médio Tejo, EPE (Hospital Rainha Santa Isabel – Torres Novas, Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar e Hospital Doutor Manoel Constâncio – Abrantes), Hospital Nossa Senhora do Rosário, EPE – Barreiro, Hospital S. Francisco Xavier, EPE, Hospital de Santa Cruz EPE; Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, EPE.

No Centro Hospitalar de Torres Vedras, o SCD/E está implementado no Hospital Distrital de Torres Vedras.

Recentemente pelo Dec.-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro foi criado o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE (Hospital de Santa Cruz, São Francisco Xavier e Egas Moniz). No Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE, o SCD/E está implementado no Hospital S. Francisco Xavier e no Hospital de Santa Cruz.

No Centro Hospitalar Lisboa, o SCD/E está implementado no Hospital de S. José.

- Alentejo

Onde se incluem 4 Organizações – 3 SPA e 1 EPE, e que são: Hospital Doutor José Maria Grande – Portalegre; Hospital de Santa Luzia – Elvas; Hospital do Espírito Santo – Évora e Centro Hospitalar do Baixo Alentejo EPE – (Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e Hospital de São Paulo – Serpa).

No Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, o SCD/E está implementado apenas no Hospital José Joaquim Fernandes – Beja.

- Algarve

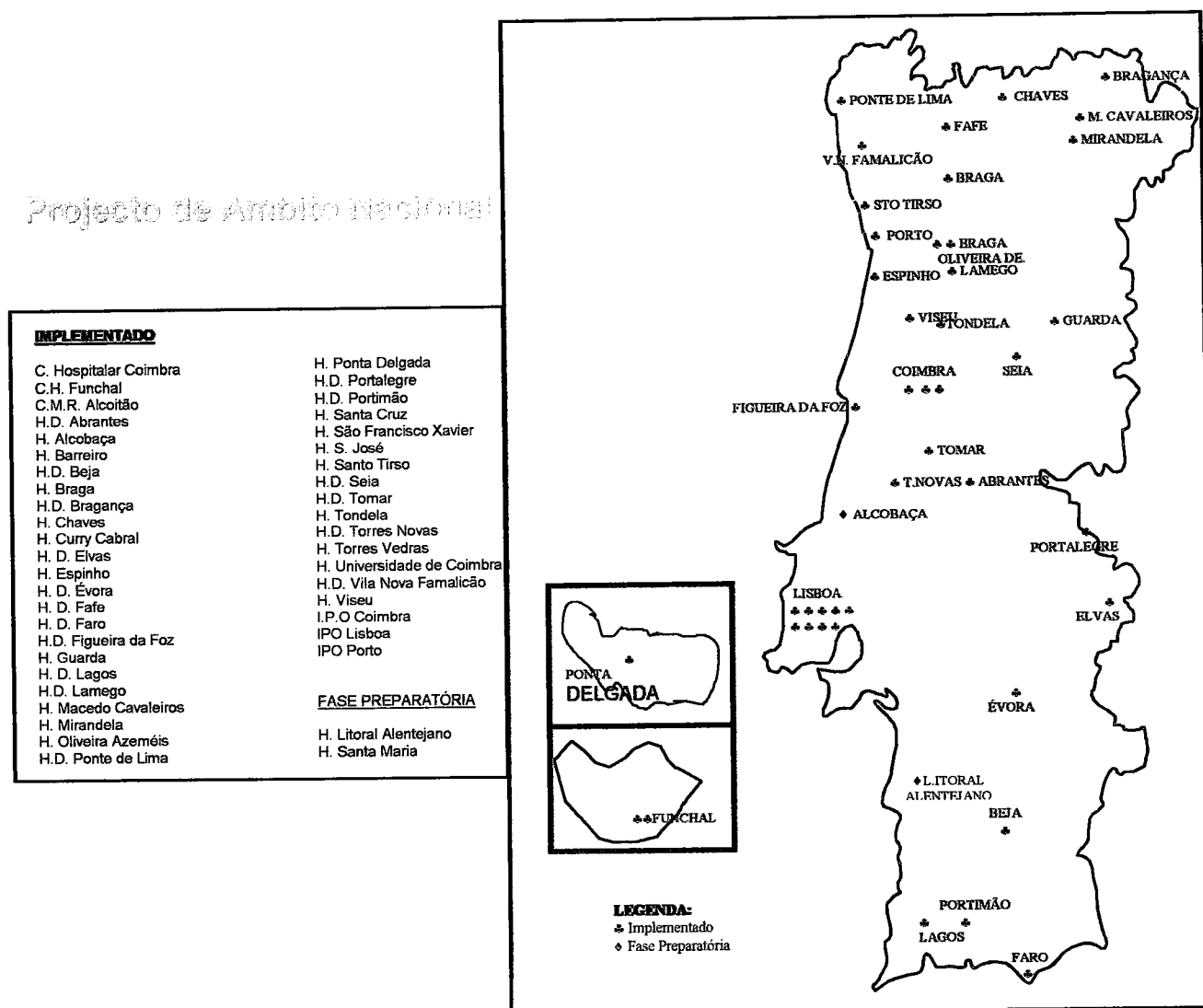
Onde se incluem 2 Organizações – 1 SPA e 1 EPE, e que são: Hospital Distrital de Faro; Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE (Hospital Distrital de Lagos e Hospital do Barlavento Algarvio – Portimão). Foram enviados questionários para os Enfermeiros Directores de Região Autónoma da Madeira

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

(Centro Hospitalar do Funchal) e dos Açores (Hospital do Divino Espírito Santo – Ponta Delgada).

Como se pode constatar pela Figura 12, o Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém e o Hospital de Santa Maria – Lisboa estão em fase preparatória para implementação do SCD/E.

Figura 12 – Organizações hospitalares utilizadoras do SCD/E (Setembro - 2005)



Fonte: Programa de Formação sobre o SCD/E – IGIF 2005

4.4 – TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DOS DADOS

As técnicas de investigação *“são conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa”* (Almeida e Pinto, 1995:85).

As técnicas documentais constituem *“um método de recolha de dados e de verificação de dados: visa o acesso às fontes pertinentes, escritas ou não e, a esse título, faz parte integrante da heurística da investigação”* (Albarrelo et al, 1997:30), visam deste modo *“a literatura científica relativa ao objecto de estudo e cuja finalidade é a exploração da literatura em vista da elaboração de uma problemática teórica (quadro teórico e hipótese) ”* (Ketele e Roegiers, 1999:38). As técnicas englobam a identificação em Centro de Documentação de estudos na área dos sistemas de classificação de doentes, bibliografia do Instituto de Gestão Informática Financeira do Ministério da Saúde e pesquisas na Internet.

No decorrer da recolha de dados é essencial uma selecção criteriosa das leituras, pois *“qualquer que seja o tipo e a amplitude do trabalho, um investigador dispõe sempre de um tempo leitura limitado”* (Quivy e Campenhoudt, 2003:51). A fase da leitura deve ser selectiva e criteriosa tendo por base a área de estudo e o objecto de pesquisa. Essa fase pode-se prolongar pela fase de recolha de dados, por outro lado apenas as obras relevantes devem ser mencionadas, Bell (1997).

Independentemente do procedimento de recolha de dados, este deve ser fiável e válido, assim *“o instrumento é apenas uma ferramenta que lhe permite recolher a informação, mas é importante que seleccione a ferramenta mais apropriada”* (Bell, 1997:88).

Tendo subjacente esta premissa optei pelo inquérito por questionário que consiste num *“instrumento rigorosamente estandarizado tanto no texto das questões, como na sua ordem”* (Ghigliione e Matalon, 2001:110) de modo a garantir a comparabilidade entre as respostas. O questionário consiste num *“conjunto de perguntas que cobrem todos os indicadores de todos os conceitos implicados nas hipóteses”* (Quivy e Campenhoudt, 2003:165). Assim num inquérito por questionário *“tudo se resume a saber fazer perguntas e a identificar os elementos constituintes da resposta”* (Ferreira, 1986:165). Na concepção do questionário devemos ter uma atitude empírica, sendo necessário definir com exactidão o que se pretende saber e se as questões têm o mesmo significado para todos os informantes. No entanto a

ordem pela qual estas são colocadas é um factor importante, Ghiglione e Matalon (2001).

O inquérito por questionário constitui uma *“técnica de construção de dados que mais se compatibiliza com a racionalidade instrumental e técnica que tem predomínio nas ciências e na sociedade em geral”* (Ferreira, 1986:167). No entanto devemos ter presente que não há questionários perfeitos.

João Almeida e José Pinto consideram que *“o inquérito corresponde ao mais estruturado e rígido dos tipos de entrevistas, visto que nele recorre a um conjunto de perguntas ... sob uma forma e segundo uma ordem prévia estritamente programadas”* (Almeida e Pinto, 1995:112).

Na concepção do inquérito é importante definir *“Porque é que é preciso isto? ... Como é que as respostas dos inquiridos vão ser tratadas?”* (Foddy, 1996:41). São 3 os critérios que um inquérito por questionário deve possuir: pertinência, validade e fiabilidade.

Relativamente ao preenchimento do inquérito por questionário não deve ultrapassar os 45 minutos, Ghiglione e Matalon (2001). O prazo para o preenchimento é discutível, para este estudo optei por duas semanas, Bell (1997).

Tendo subjacente os pressupostos descritos construí o inquérito, tendo optado como metodologia de recolha de dados pelo inquérito por questionário auto-administrado ou de administração directa, Ghiglione e Matalon (2001). A opção relacionou-se com a dimensão da unidade de análise, com os custos e com o método preconizado para a distribuição dos inquéritos.

De modo a efectuar a análise e tratamento do questionário em SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) as questões foram pré-codificadas.

Ao inquérito juntei uma carta de apresentação do investigador e do tema; as instruções de preenchimento; os contactos para eventuais esclarecimentos, a data de devolução e um envelope selado, onde o informante colocou o inquérito preenchido, de modo a ser devolvido.

Para a realização da dissertação, solicitei ao Conselho de Administração do Instituto de Gestão Informática Financeira do Ministério da Saúde autorização para utilizar os dados do SCD/E (anexo XII).

4.4.1 – Pré-teste

Ghiglione e Matalon (2001), Foddy (1996) referem que a construção e a formulação das questões constituem, uma fase crucial do desenvolvimento de um inquérito, assim *“é necessário distinguir duas fases no pré-teste de um questionário. A primeira refere-se a cada questão considerada por si só; a segunda, ao questionário na sua totalidade e às condições da sua aplicação”* (Ghiglione e Matalon, 2001:156).

Qualquer questionário (se não foi testado previamente) precisa de ser testado antes da sua utilização e o pré-teste indica-nos *“como as questões e as respostas são compreendidas, permite-nos evitar erros de vocabulário e de formulação e salientar recusas, incompreensões e equívocos”* (Ghiglione e Matalon, 2001:157).

Deste modo apliquei o pré-teste (anexo XIII), no período de 11 a 15 de Julho de 2005, a 10 inquiridos, ex – Enfermeiros Directores e utilizadores do SCD/E nas Organizações Hospitalares de Abrantes, Alcoitão, Barreiro, Bragança, Coimbra, Évora, Faro, Portalegre, Portimão e Torres Novas.

Foram preenchidos 9 questionários e sugeridas clarificação dos itens n.ºs :

- 9 incluir na formação académica: Bacharelato, Licenciatura, Mestrado e o Doutoramento.
- 10 incluir o Curso de Administração de Serviços de Enfermagem.
- 90 substituir o termo necessidades da equipa por necessidades de recursos humanos.
- 104 substituir a Comissão de Enfermagem por Reuniões de Enfermeiros Chefes, pois essa Comissão foi extinta pelo Dec.-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto.
- 112 substituir o termo mobilização de pessoal por mobilidade.
- 115 substituir a percentagem de colaboradores com formação sobre SCD/E por percentagem de enfermeiros utilizadores do SCD/E com formação na área do sistema.
- 114 incluir se respondeu “NÃO”, indique por favor, as razões.
- 117 substituir a expressão do mais para o menos importante, por ordem de prioridade do 1.º ao 7.º.
- 118 substituir a expressão do mais para o menos importante, por ordem de prioridade do 1.º ao 9.º.

- 124 substituir a expressão alinhamento de recursos humanos por afectação e locação de recursos humanos.
- 127 substituir a expressão força de trabalho por horas disponíveis de enfermagem.

Após o preenchimento do pré-teste contactei com os inquiridos para identificar dificuldades e incompreensões sentidas, analisar as não respostas e verificar reacções de aborrecimento ou impaciência, Ghiglione e Matalon (2001), bem como o tempo de preenchimento, Bell (1997). Esta abordagem e análise dos resultados do pré teste foram essenciais para a continuidade da pesquisa.

4.4.2 – Inquérito por questionário definitivo: análise da fiabilidade interna

O inquérito por questionário definitivo (anexo XIV) foi constituído por 6 grupos:

- Parte A – Caracterização da organização, constituída por 6 itens.
- Parte B – Caracterização do/a inquirido/a, constituída por 7 itens.
- Parte C – Os sistemas de informação, constituída por 27 itens:
 - 23 itens possuem os seguintes níveis de resposta
1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Discordo parcialmente; 4 - Concordo parcialmente; 5 - Concordo; 6 - Concordo totalmente e o nível Não sabe e o nível Não se aplica;
 - 4 itens de resposta dicotómica e respectiva justificação.
- Parte D – A importância do SCD/E na organização, constituída por 37 itens:
 - 33 possuem os seguintes níveis de resposta
1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Discordo parcialmente; 4 - Concordo parcialmente; 5 - Concordo; 6 - Concordo totalmente e o nível Não sabe e o nível Não se aplica;
 - 1 item com os seguintes níveis de resposta
1 - Muito deficiente; 2 - Deficiente; 3 - Razoável; 4 - Boa e 5 - Excelente.
 - 3 itens de resposta dicotómica e respectiva justificação.
- Parte E – A operacionalização prática do SCD/E na organização, constituída por 41 itens:
 - 34 possuem os seguintes níveis de resposta
1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Discordo parcialmente; 4 - Concordo parcialmente; 5 - Concordo; 6 - Concordo totalmente e o nível Não sabe e o nível Não se aplica.
 - 4 itens de resposta dicotómica e respectiva justificação.
 - 1 item para assinalar a percentagem.

- 2 itens para hierarquizar as prioridades.

- Parte F – A gestão dos recursos humanos na organização, constituída por 20 itens que possuem os seguintes níveis de resposta:

1 - Discordo totalmente; 2 - Discordo; 3 - Discordo parcialmente; 4 - Concordo parcialmente; 5 - Concordo; 6 - Concordo totalmente e o nível Não sabe e o nível Não se aplica.

O inquérito por questionário contemplou dois níveis suplementares “não sei” e “outras respostas”, conforme opinam Ghiglione e Matalon (2001).

Benoît Gauthier (2003) considera que *“existem diversas razões para abrir as questões ... economizar tempo da entrevista, para explicitar respostas a questões fechadas, para avaliar a qualidade da informação e para colher as expressões espontâneas”* (Gauthier, 2003:399).

Foram incluídas perguntas abertas, estas estão indicadas quando não há forma, de saber previamente que tipo de resposta e/ou justificação serão dadas pelos inquiridos, assim a *“inserção de algumas questões abertas num questionário pode ajudar a completar a informação e a enriquecer a interpretação”* (Gauthier, 2003:399). No tratamento dessas respostas utilizei a análise de conteúdo de Bardin (1977). Nas perguntas 37, 38, 39, 40, 75, 76, 77 112, 113 e 114 solicitei que os inquiridos justificassem as suas respostas.

Nas questões 117 e 118 solicitei que os inquiridos hierarquizassem as afirmações por ordem de prioridade, o que permite que *“ordenem objectivos, atribuir-lhes notas, constituam categorias, estabeleçam correspondências”* (Ghiglione e Matalon, 2001:115) e deste modo analisar o nível de importância das afirmações.

No tratamento dos dados quantitativos utilizei o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Para sistematizar e realçar a informação utilizei a Estatística Descritiva e a Estatística Inferencial, nomeadamente: Frequências absolutas (Fi) e relativas (%); Medidas de tendência central e Medidas de dispersão ou variabilidade. Os dados serão referenciados no relatório de acordo com a sua pertinência.

A análise de dados tem como objectivo interpretar os dados, testar/rever as hipóteses para que *“nas conclusões, o investigador esteja em condições de sugerir aperfeiçoamentos do modelo de análise ou de propor pistas de reflexão e de investigação para o futuro”* (Quivy e Campenhoudt, 2003

Utilizei o inquérito por questionário postal tendo sido enviados entre 5 e 19 de Setembro de 2005. Estabeleci como prazo de entrega duas semanas, conforme

preconizado por Bell (1997). O modo de administração seleccionado foi o auto-administrado em suporte de papel. Os questionários foram acompanhados de um envelope de retorno pré-enderessado e com franquia prévia.

Gauthier (2003) considera que esta técnica de sondagem por correio está indicada para populações específicas e homogéneas, o que estava em conformidade com a população do estudo. Nesta técnica os níveis de resposta são mais elevados nas populações cujo nível de instrução é elevado, está igualmente indicado quando se pretende garantir a total confidencialidade, premissas que estavam subjacente ao nosso estudo, conforme descrito na caracterização dos inquiridos.

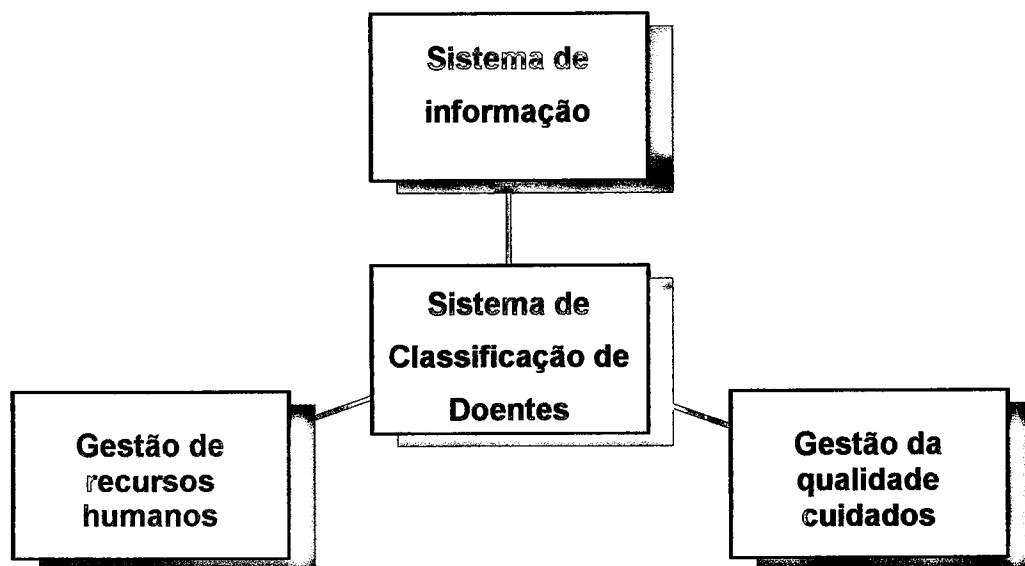
A principal desvantagem relaciona-se com a taxa de resposta. Para Gauthier (2003) pode oscilar entre 10 e 80 % dependendo do tipo de estudo. Ghiglione e Matalon (2001) consideram que nos inquéritos postais a taxa de resposta é baixa, podendo descer até aos 10 %. Marconi e Lakatos (2003) consideram que apenas 25% dos inquéritos por questionário são devolvidos.

No estudo efectuado esta desvantagem não teve impacto pois a taxa de resposta alcançada foi de 79,48 %.

As respostas das perguntas abertas foram submetidas à análise de conteúdo, na forma categorial, Bardin (1977). A análise de conteúdo *“funciona como técnica auxiliar de outras técnicas. É frequente utilizá-la nas perguntas abertas de um inquérito por questionário para analisar as significações de resposta em que o inquirido foi convidado a expressar a sua opinião livremente”* (Almeida, 1994:210).

Na Figura 13 represento o quadro referencial, tendo definido como dimensões analíticas do estudo: sistemas de informação, gestão de recursos humanos e gestão da qualidade de cuidados.

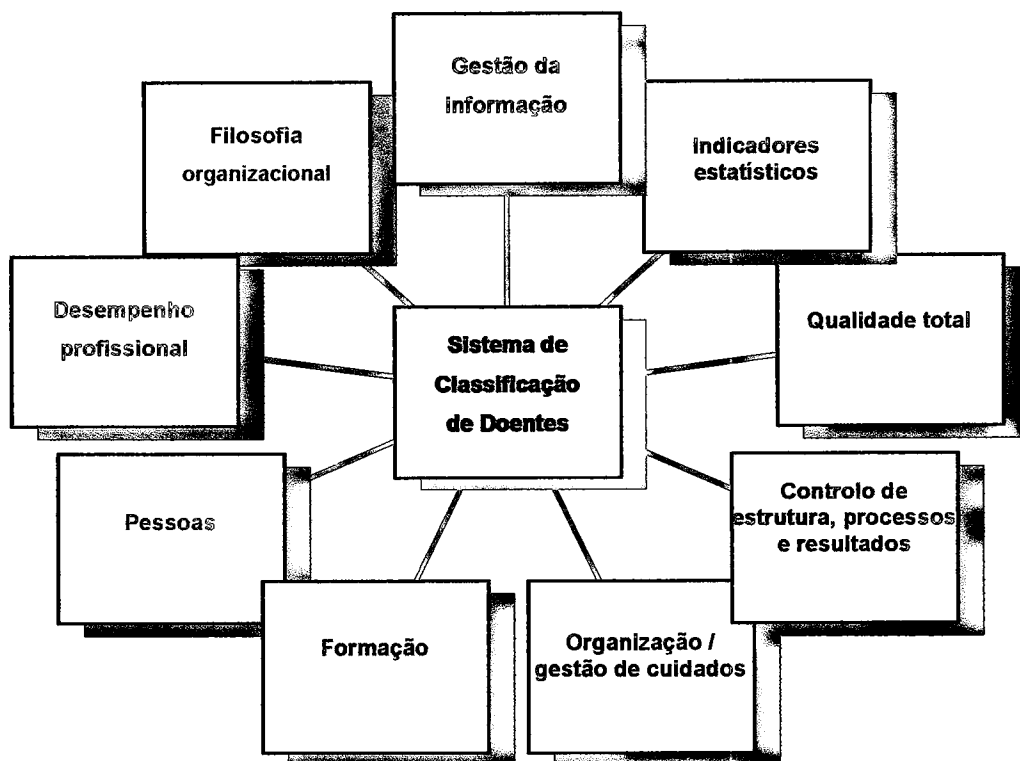
Figura 13 – Dimensões analíticas do estudo



No quadro referencial foram ainda definidas as subdimensões analíticas, que apresento na Figura 14.

Dimensões	Sub-dimensões
Sistema de informação	Gestão da informação Indicadores estatísticos
Gestão de recursos humanos	Qualidade total Controlo de estrutura, processos e resultados Organização e gestão de cuidados Formação
Gestão da qualidade dos cuidados	Pessoas Desempenho profissional Filosofia organizacional

Figura 14 – Sub-dimensões analíticas do estudo



Hill e Hill (2002) consideram que o questionário deve ser testado relativamente à fiabilidade das escalas que o constituem, o mesmo significa, conhecer o grau de confiança ou de exactidão da informação obtida.

Para avaliar a consistência interna das dimensões analíticas procedi ao cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach, este permite determinar até que ponto, cada enunciado da escala mede de forma equivalente o mesmo conceito, e verificar a maior ou menor fiabilidade interna.

O Quadro 5 representa os resultados do estudo, para cada uma das dimensões e sub-dimensões. Como resultado foi necessário retirar algumas questões de modo a aumentar o nível de confiança e validade.

Na dimensão Sistemas de informação, sub-dimensão gestão da informação, o valor do alfa era 0,573, ao excluir a Questão 29 passou a ser 0,625.

Na dimensão Gestão da qualidade, sub-dimensão gestão da qualidade total, o valor do alfa era 0,445, ao excluir a Questão 111, passou a ser 0,599. Na sub-

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

dimensão formação, o valor do alfa era 0,445, ao excluir a Questão 82, passou a ser 0,762.

Benoîte Gauthier (2003) considera que “Alpha de Cronbach dá um índice de fidelidade. Este índice é considerado excelente se atinge mais de 0,85 e começa a considerar-se problemático abaixo de 0,70” (Gauthier, 2003:193). Assim, poderei afirmar que a fiabilidade do inquérito é excelente pois o Alpha de Cronbach é de 0,896.

Quadro 5 – Valores do coeficiente do Alfa Cronbach das dimensões analíticas

N.º Casos	Dimensões	Sub-dimensões	N.º Itens	Itens	Alfa Cronbach
31	Sistemas de informação	Gestão da Informação	6	21, 26, 27, 28, 31 e 34.	0,625
		Indicadores Estatísticos	18	19, 20, 23, 33, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 85, 86, 88, 101, 109, 113, 127 e 128.	0,835
<i>Valor do Alfa de Cronbach da Dimensão</i>					0,884
31	Gestão da qualidade	Qualidade total	13	16, 17, 24, 25, 30, 32, 76, 84, 110, 122, 129, 131 e 132.	0,599
		Controlo de estrutura, processos e resultados	18	44, 45, 47, 48, 60, 61, 62, 71, 72, 73, 74, 87, 100, 102, 103, 104, 111 e 114.	0,842
		Organização e gestão de cuidados	19	41, 42, 43, 46, 49, 50, 51, 54, 55, 58, 59, 66, 75, 91, 94, 96, 97, 98 e 99.	0,929
		Formação	10	68, 69, 80, 81, 89, 95, 107, 108, 115 e 116.	0,762
<i>Valor do Alfa de Cronbach da Dimensão</i>					0,784
31	Gestão de recursos humanos	Pessoas	24	14, 15, 18, 22, 35, 79, 83, 90, 92, 93, 105, 106, 112, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 130, 136, 137 e 138.	0,850
		Desempenho profissional	9	52, 56, 57, 63, 64, 65, 67, 70 e 78.	0,860
		Filosofia organizacional	4	77, 133, 134 e 135.	0,833
<i>Valor do Alfa de Cronbach da Dimensão</i>					0,898
<i>Valor Global do Alfa de Cronbach do Inquérito</i>					0,896

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

4.4.3 – Caracterização das organizações e dos inquiridos

A taxa de resposta alcançada situa-se nos níveis máximos (80%) de acordo com Gauthier (2003), pois foram distribuídos 39 inquéritos por questionário pelas Organizações Hospitalares onde está implantado o SCD/E, envolvendo todas as Administração Regional de Saúde e as Regiões Autónomas, tendo sido devolvidos 31, correspondendo a uma taxa de resposta de 79,50 %.

Pela análise do Quadro 6, não foram devolvidos 8 inquéritos (20,50%):

- 3 de Organizações Hospitalares integradas na ARS Norte;
- 2 de Organizações Hospitalares integradas na ARS Centro;
- 1 de Organizações Hospitalares integradas na ARS Lisboa e Vale do Tejo
- 1 da Região Autónoma dos Açores e outro da Região Autónoma da Madeira.

Não reenviei novos questionários, porque não foi possível identificar os oito Enfermeiros Directores que não devolveram os inquéritos.

Quadro 6 – Distribuição dos inquéritos por questionário enviados e respondidos por Administração Regional de Saúde/Região Autónoma

Administração Regional de Saúde / Região Autónoma	N.º de Inquéritos Enviados	N.º de Inquéritos Respondidos
Açores	1	0
Alentejo	4	4
Algarve	2	2
Centro	12	10
Lisboa e Vale do Tejo	9	8
Madeira	1	0
Norte	10	7
Total	39	31

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Em seguida no Quadro 7 represento a variável (Q1) **localização da organização hospitalar** relativamente aos inquéritos por questionário respondidos, foram devolvidos a totalidade dos inquéritos distribuídos aos Enfermeiros Directores

das organizações integradas nas ARS Alentejo e Algarve. Não nos foram devolvidos os inquéritos dos Enfermeiros Directores das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. A análise dos dados relaciona-se com os 31 Enfermeiros Directores que devolveram o inquérito por questionário.

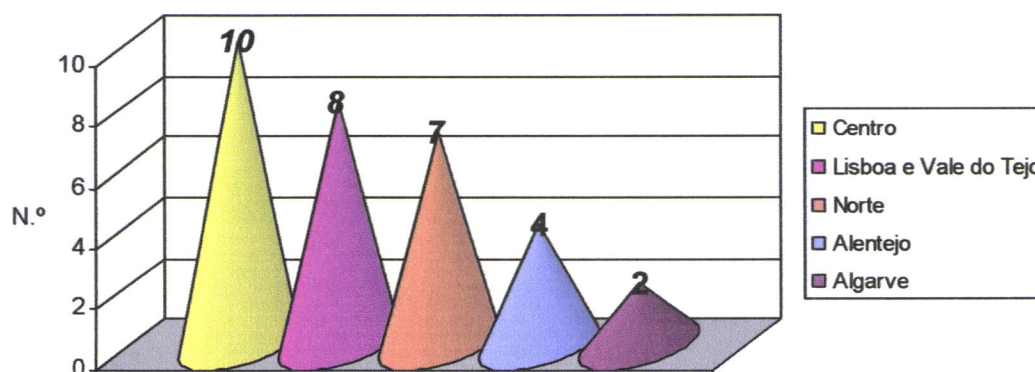
Pelo Gráfico 1 verifico que 25 (80,7%) dos Enfermeiros Directores que participaram no estudo pertencem às ARS Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Norte.

Quadro 7 – Distribuição dos inquéritos por questionário respondidos por Administração Regional de Saúde / Região Autónoma

Administração Regional de Saúde / Região Autónoma	N.º	%
Alentejo	4	12,9
Algarve	2	6,4
Centro	10	32,3
Lisboa e Vale do Tejo	8	25,8
Norte	7	22,6
Total	31	100,0

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Gráfico 1 – Distribuição dos inquéritos por questionário respondidos por Administração Regional de Saúde/Região Autónoma



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

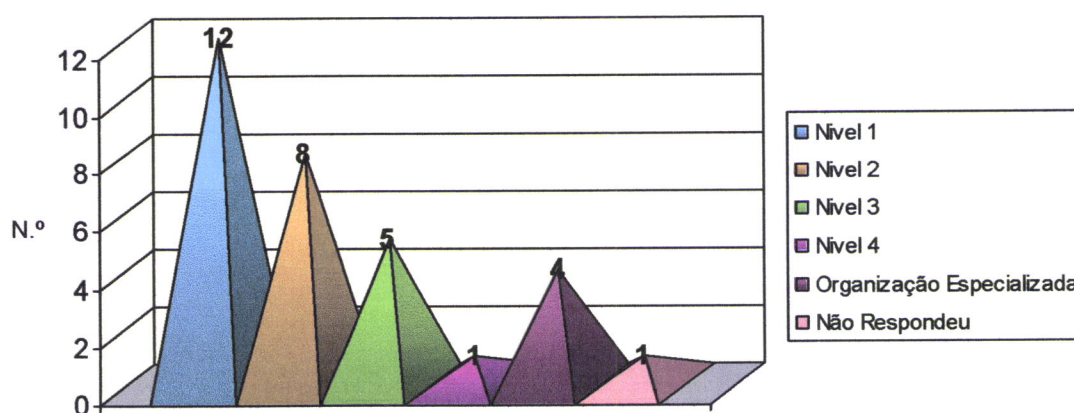
Pela análise dos resultados encontrados verifica-se que o projecto do SCD/E abrange todas as Administrações Regionais de Saúde Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

O Dec.Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro art. 5 conjuga e define as linhas de dependência hierárquica e funcional das organizações hospitalares e respectiva distribuição pelas ARS. Assim verifica-se que existe maior número de organizações hospitalares nos distritos das ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo, que está relacionado com a densidade populacional e com as necessidades de saúde da população. Estes factos condicionaram a distribuição dos inquiridos e os resultados finais.

No Gráfico 2 relativo à variável (Q2) que visa determinar qual a **tipologia da organização hospitalar**, constato que das 31 organizações, 12 (38,7%) correspondem a organizações Hospitalares de nível 1 e apenas 1 (3,2%) corresponde a organizações hospitalar de nível 4. Assim verifica-se que o projecto do SCD/E está operacionalizado em organizações dos diferentes níveis e em 4 (12,9%) organizações especializadas – o Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto e no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

Apenas 1 (3,22%) inquirido não respondeu a esta questão.

Gráfico 2 – Representação das organizações hospitalares por níveis



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Quadro 8 relativo à variável (Q3) **lotação da organização**, verifico que responderam N 27 (Validad) e 4 (Missing), os valores encontrados foram média 321,37 e mediana 230,00.

A lotação das organizações varia entre as 48 e as 1600 camas. O SCD/E está implementado em organizações hospitalares com lotações e tipologia diversificada.

Quadro 8 – Caracterização das organizações hospitalares de acordo com a lotação (em camas).

Lotação	N.º
Até 100	9
[100 – 300 [14
[300 – 500 [3
[500 – 700 [3
> 701	2
Total	31

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Na variável (Q4) **versão do SCD/E implantada na organização hospitalar**, cujos resultados apresento no Gráfico 3, em 17 organizações (54,8 %) existe o SICD/E (versão informática) e em 14 (45,2 %) está implantada o SCD/E (versão manual).

A versão manual do SCD/E tem sido utilizada nas organizações como uma estratégia intermédia de operacionalização e de treino dos colaboradores para posterior implementação do SICD/E, esta versão não implica custos para a organização, pois o módulo é fornecido gratuitamente pelo IGIF.

Como o crescente volume de informação, pode constituir um obstáculo ao processo de tomada de decisão nas organizações, como refere Bilhim (2004) as novas tecnologias da informação e comunicação influenciam a gestão da organização e especificamente a gestão das pessoas.

Assim, a gestão da informação permite usar o conhecimento para benefício das organizações, sendo crucial que a informação seja precisa, fidedigna, em

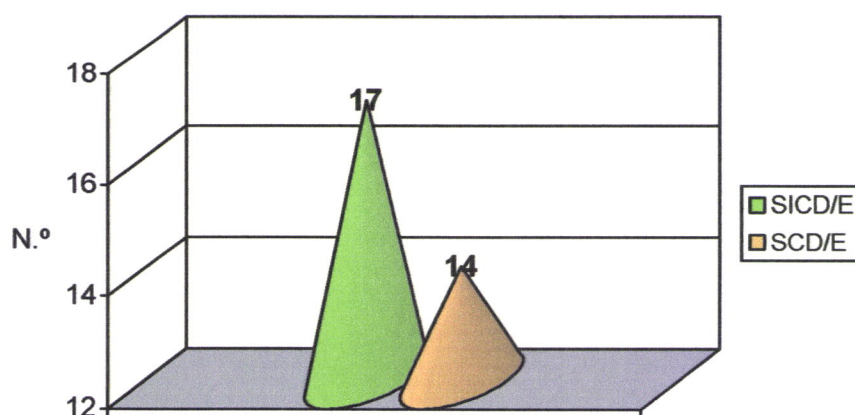
qualidade e quantidade adequada, estando disponível no momento certo, de modo a que as organizações possam adquirir vantagens competitivas.

Portanto o sistema de informação eficiente é aquele que permite a rápida circulação da informação e do conhecimento, estes são alguns dos pressupostos que estiveram subjacentes ao desenvolvimento do módulo informático do SCD/E.

A aplicação informática SICD/E apresenta as seguintes vantagens:

- Menor dispêndio de tempo por parte dos enfermeiros,
- Permite eliminar erros de cálculo e de transcrição;
- Maior fiabilidade nos resultados;
- Melhor cruzamento da informação, através do tratamento gráfico e estatístico da informação;
- Facilita a gestão dos recursos existentes por garantir uma maior fiabilidade e qualidade de informação;
- Possibilita a centralização dos dados no IGIF, permitindo tratar a informação e realizar estatísticas a nível nacional.

Gráfico 3 – Representação da versão do SCD/E implementada

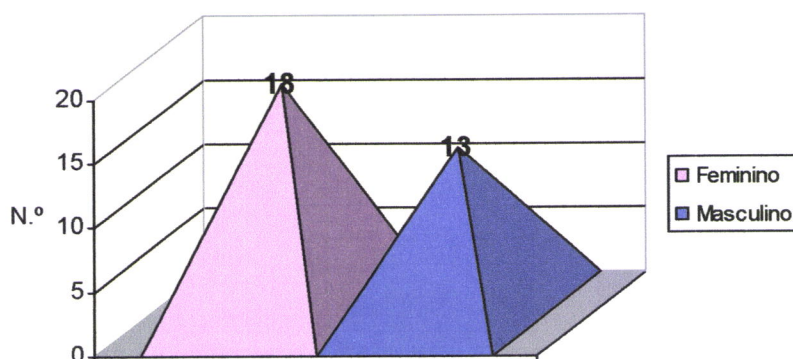


Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Gráfico 4 relativo à variável (Q 7) **género dos inquiridos** constato que 18 (58,1%) são do sexo feminino e 13 (41,9%) são do sexo masculino, esta distribuição relaciona-se com o facto de predominar o género feminino na profissão

(conforme dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros, a taxa de feminização corresponde a 81,3 %).

Gráfico 4 – Representação dos inquiridos por género



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Na variável (Q8) referente à **idade**, para a analisar procedi ao agrupamento das respostas dos inquiridos por grupos etários e que apresento no Quadro 9.

O valor da Média é de 47,61 anos e a Mediana de 48,00 anos, sendo a moda de 46 anos com Desvio Padrão de 5,25 anos. A diferença entre a mediana e a média é de 0,39 anos.

As idades dos inquiridos variam entre 35 (*Minimum*) e os 56 anos (*Maximum*), sendo a amplitude do intervalo de variação de 21 anos (*Range*).

Quadro 9 – Distribuição dos inquiridos por grupo etário

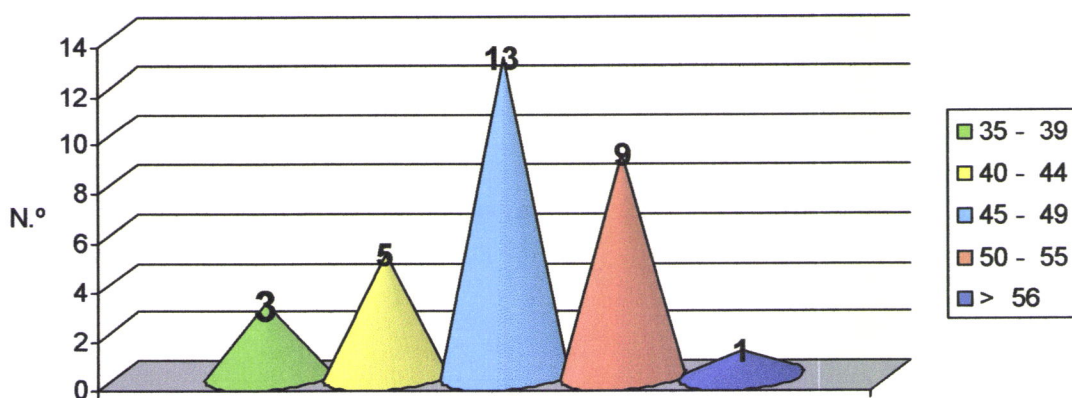
Frequências		
Grupos etários (em anos)	N.º	%
35 – 39	3	9,7
40 – 44	5	16,1
45 – 49	13	42
50 – 55	9	29
≥ 56	1	3,2
Total	31	100

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Pelo Gráfico 5 verifico que a maioria (58,1 %) dos Enfermeiros Directores se situa entre os grupos etários dos 40 e 49 anos, adquirindo maior significado (42%) o grupo etário dos 45-49 anos. As idades dos inquiridos está relacionado com o preconizado no Dec.Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto, art. 13 n.º 1 que o Enfermeiro Director é nomeado, sobre proposta do Presidente do Conselho de Administração, de entre os profissionais de enfermagem que trabalhem no Serviço Nacional de Saúde de reconhecido mérito, experiência profissional e perfil adequado, estes requisitos para a nomeação dos enfermeiros directores para os hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) é sobreponível aos suportes legislativos das Empresas Públicas Empresariais (EPE).

As idades dos Enfermeiros Directores relacionam-se com os seus níveis de formação, com o percurso, reconhecimento, a experiência e perfil profissional. Em geral possuem o Curso Geral de Enfermagem ou Equivalente e um Curso de Especialização ou Equivalente, perfazendo 5-6 anos de formação.

Gráfico 5 – Representação dos inquiridos por grupo etário (em anos)

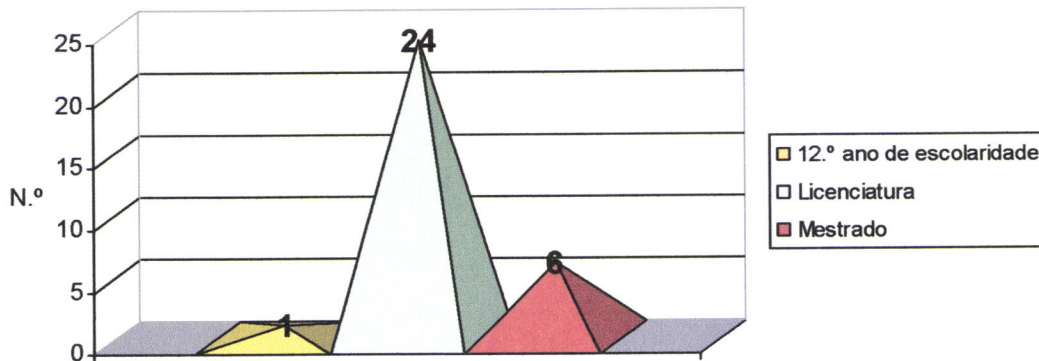


Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Gráfico 6, relativo à variável (Q9) **formação académica**, dos 31 inquiridos, 1 (3,2%) inquirido possui o 12.º ano de escolaridade, 24 (77,4%) possuem o grau de licenciados e 6 (19,4%) possuem o grau de mestrados. O inquirido que possui o 12º ano de escolaridade, não possui qualquer especialidade na área da enfermagem, os suportes legislativos referem que o enfermeiro director deve possuir o perfil para o cargo, no entanto é omissivo relativamente ao nível de

formação. No entanto, não posso excluir a hipótese de ter havido omissão no preenchimento da questão.

Gráfico 6 – Representação dos inquiridos por formação académica

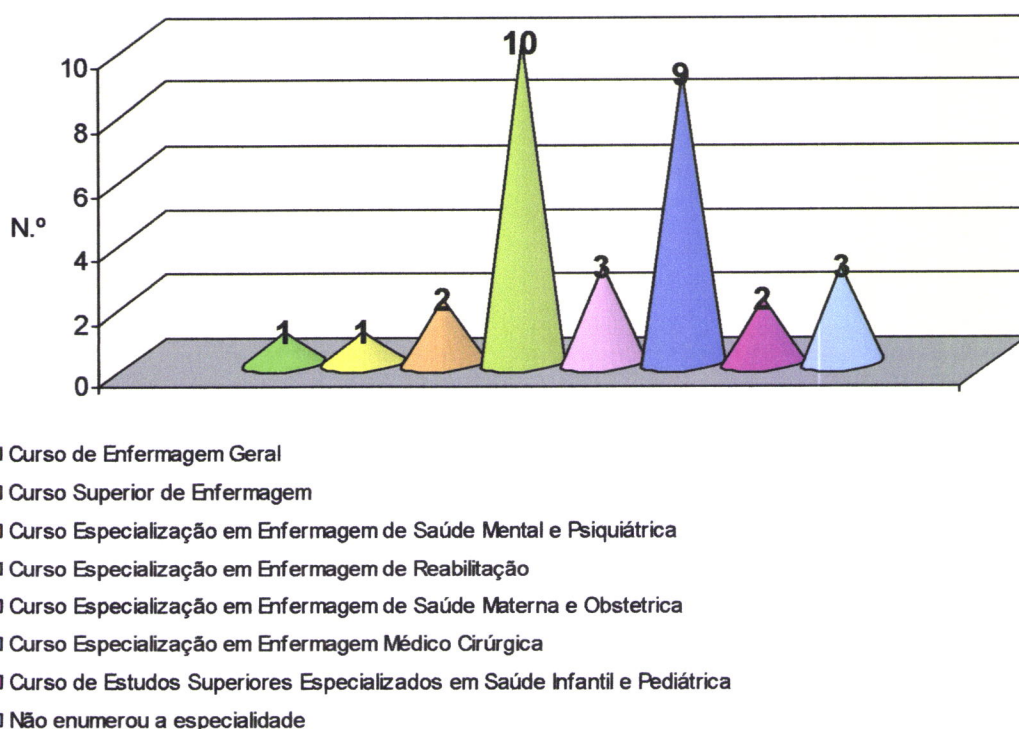


Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

O Gráfico 7 representa a variável (Q10) **formação profissional**, constato que dos 31 inquiridos, 10 (32,3%) possuem o Curso de Especialização de Enfermagem ou equivalente em Reabilitação, 9 (29%) possuem o Curso de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, perfazendo 19 (61,3%) inquiridos.

O inquirido que na formação académica assinalou o 12.º ano de escolaridade, possui o Curso de Enfermagem Geral, mas não regista se possui o grau de Licenciatura (parece ter havido equívoco no preenchimento) e omite se possui qualquer Especialidade em Enfermagem. Um outro inquirido possui o grau de Licenciado em Enfermagem e em Gestão Financeira, mas não possui a Especialidade em Enfermagem. No total 3 (9,7%) informantes não enumeraram qual o Curso de Especialização em Enfermagem que possuem.

Gráfico 7 – Representação dos inquiridos por formação profissional



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Relativamente à variável (Q11) **ano de conclusão do curso de enfermagem** os valores foram: Média 1980, a Mediana 1981 e a Moda de 1978, que apresento no Quadro 10, facto que justifica o grupo etário (45-49 anos) prevalente dos Enfermeiros Directores. Verifico que 1 Enfermeiro Director concluiu o curso em 1971 e outro concluiu em 1993.

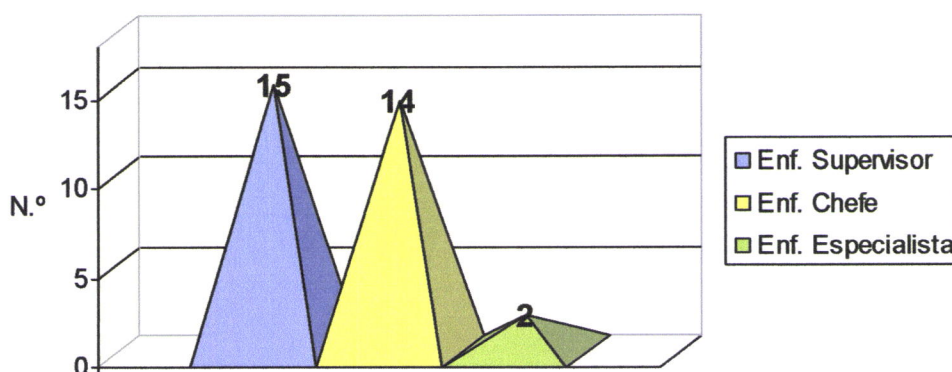
Quadro 10 – Distribuição dos inquiridos por ano de conclusão do curso superior de enfermagem

N	Valid	29
	Missing	2
Média		1980,90
Mediana		1981,00
Moda		1978(a)

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

O Gráfico 8 representa a variável (Q12) **categoria profissional**, verifico que dos 31 inquiridos, 15 (48,4%) são Enfermeiros Supervisores, 14 (45,1%) inquiridos são Enfermeiros Chefes e 2 (6,5%) possuem a categoria de Enfermeiro Especialista.

Gráfico 8 – Representação dos inquiridos por categoria profissional



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

O Dec.Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto, não define a categoria dos Enfermeiros que podem desempenhar o cargo de Enfermeiro Director, no entanto no art. 13 preconiza que é nomeado pelo Presidente do Conselho de Administração, de entre profissionais da carreira de enfermagem que trabalhem no Serviço Nacional de Saúde de reconhecido mérito, experiência profissional e perfil adequado.

No Quadro 11 represento a variável (Q13) **tempo de exercício profissional no cargo de Enfermeiro Director**, constato que 19 (61,3%) inquiridos desempenham funções de Enfermeiro Director entre 1 a 6 anos e 4 (12,9%) inquiridos desempenham funções há menos de 1 ano.

Os Enfermeiros Directores são nomeados em comissão de serviço por três anos de acordo com o Dec.-Lei n.º 188/2003 art. 5 n.º 1, no estudo os inquiridos ocupam esse cargo maioritariamente entre 1 ano e 1 dia e inferior a 6 anos, ou seja os inquiridos estão na primeira ou segunda comissão de serviço.

Quadro 11 – Distribuição dos inquiridos por tempo de exercício no cargo de Enfermeiro Director

Tempo de exercício no cargo de Enfermeiro Director	N.º	%
<1 ano	4	12,9
[1 a 3 anos [10	32,3
[3 anos a 6 anos [9	29,0
[6 anos a 9 anos [4	12,9
> 9 anos	3	9,7
Não respondeu	1	3,2
Total	31	100

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

5 – PERCEPÇÃO DOS INQUIRIDOS SOBRE O SCD/E

Neste capítulo denominado, a percepção dos inquiridos em relação ao SCD/E, analiso as dimensões informação, qualidade dos cuidados e gestão de recursos humanos. Em seguida, descrevo as vantagens da utilização da informação e dos indicadores produzidos pelo SCD/E.

5.1 – NÍVEL DE INFORMAÇÃO PRODUZIDO PELO SCD/E

Relativamente às variáveis (Q 37, Q 38 e Q 40) respectivamente, **o nível de informação produzido pelo SCD/E é relevante, representativo e válido**, realço que 31 inquiridos (100%) ou seja a totalidade da população responderam afirmativamente.

A gestão da qualidade dos cuidados implica a sua monitorização, assim os enfermeiros devem dispor de instrumentos relevantes, representativos e fidedignos de monitorização e avaliação da prática. O SCD/E como instrumento de gestão permite que a informação seja fidedigna estando disponível em tempo útil, com a vantagem de orientar a tomada de decisão, tendo como objectivo o equilíbrio dos recursos em função das necessidades e de contribuir para melhorar o nível de qualidade dos cuidados em função dos recursos disponíveis. De modo a promover a melhor rendibilidade dos recursos humanos, bem como a ligação entre as áreas da gestão e da prestação de cuidados.

A validade dos indicadores produzidos relaciona-se com o facto de medir o que se pretende validar, ou seja a carga de trabalho ou volume de cuidados, no caso concreto mede as tarefas ou actividades (indicadores críticos).

Na variável Q (39) **o nível de informação produzido pelo SCD/E é fiável**, 30 inquiridos (96,8%) responderam afirmativamente e 1 inquirido (3,2%) considera que a informação não é fiável. Este inquirido relacionou a fiabilidade do SCD/E com a percentagem de auditorias correctas, pois valores inferiores a 75 % requerem uma análise pormenorizada dos resultados. Estes valores ocorreram durante 2005, decorrente da implementação do novo Manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação, versão 03.

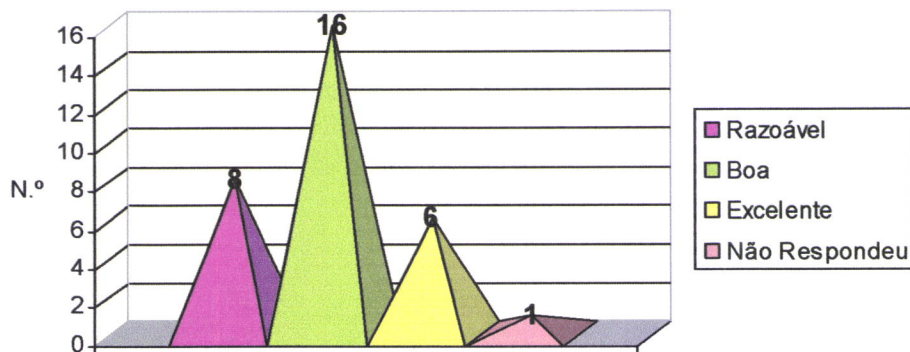
De modo a garantir que o nível de informação seja relevante, representativo, válido e fiável e assim contribuir para a tomada de decisão, está contemplado no

SCD/E um processo de auditoria interna e externa aos dados informativos, informação e a todos os requisitos do SCD/E.

5.2 – NÍVEL DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No Gráfico 9 represento a variável Q (74) **nível de qualidade dos cuidados de enfermagem**, constatamos que N 30 (Valid) e 1 (Missing), 8 (26,7 %) inquiridos consideraram Razoável, 16 (53,3 %) inquiridos consideraram Boa, 6 (20 %) consideraram Excelente e 1 não respondeu (3,2%).

Gráfico 9 – Representação das respostas dos inquiridos sobre o nível de qualidade dos cuidados de enfermagem



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Para Imperatori (1994), a qualidade dos cuidados é um conceito multidimensional: que engloba a eficácia, eficiência, qualidade técnico-científica (desempenho ou competência profissional), satisfação, adequação, continuidade e aceitabilidade exigindo um controle, de todas e de cada uma, destas dimensões, na procura do aumento da qualidade.

Barros (1999) preconiza que a qualidade pode colocar o ênfase na organização interna do hospital e/ou na qualidade centrada na satisfação do utente, o que implica uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

A qualidade sendo uma variável estratégica visa compatibilizar a melhoria dos cuidados, através da gestão eficiente e eficaz dos recursos, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e do pessoal de saúde.

Assim, considero que existe uma articulação entre o nível de qualidade dos cuidados de enfermagem encontrados e os requisitos necessários à implementação do SCD/E, no que se refere: metodologia científica de organização dos cuidados, metodologia de prestação dos cuidados de enfermagem (método individual ou por responsável), existência de manuais sobre técnicas, normas e procedimentos de enfermagem, protocolos e normativos legais, instruções de trabalho para o preenchimento dos suportes de informação, existência de lista de descodificação de siglas/abreviaturas, lista de rubricas e lista de controlo de recepção dos documentos, registos claros, legíveis, objectivos e em articulação com protocolos, normas e manuais e os modelos dos registos afectos ao SCD/E devem estar actualizados.

Por outro lado a existência de manuais de conceitos básicos das valências, manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação e respectivas instruções de trabalho, bem como todo o processo de auditoria interna e externa têm constituído suportes informativos decisivos para alcançar a qualidade.

Na variável Q (75) **metodologia de organização dos cuidados de enfermagem contribui para a qualidade dos cuidados**, 31 (100 %) inquiridos, consideram que a metodologia de organização e prestação de cuidados está em conformidade com os pressupostos da qualidade, logo a operacionalização do SCD/E tem contribuído para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem englobando toda a organização e todos os seus colaboradores, assim terá de existir uma:

- Responsabilidade da gestão estratégica, tática e operacional.
- Gestão de recursos.
- Realização do produto ou serviço.
- Medição, Análise e Melhoria.

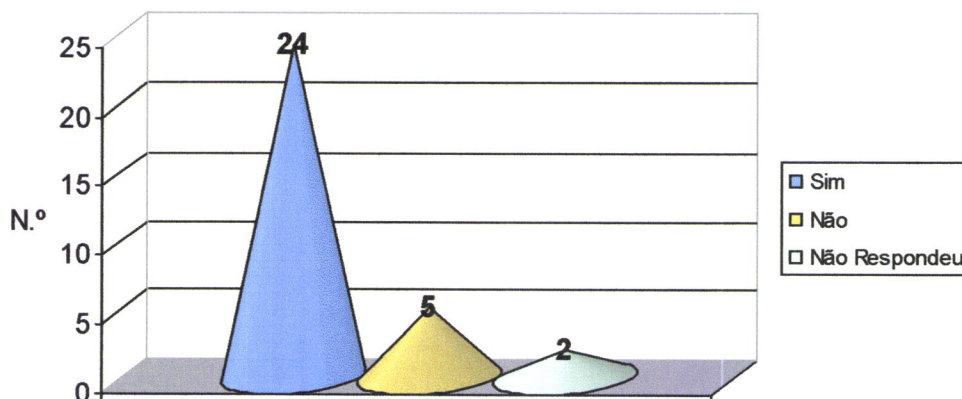
A OE considera fundamental a existência de métodos de trabalho que assegurem a humanização e a qualidade dos cuidados e a existência de um sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de

enfermagem. Assim, o SCD/E possui todos os requisitos para ser considerado um sistema de gestão da qualidade.

O Gráfico 10 relativo à variável Q (76) **os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade**, constato que N 29 (Valid) e 2 (Missing), 24 (77,4%) inquiridos responderam afirmativamente, 5 (16,1%) responderam negativamente e 2 (6,5%) não responderam.

A qualidade como variável estratégica visa compatibilizar a melhoria dos cuidados, através da gestão eficiente e eficaz dos recursos, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e do pessoal de saúde.

Gráfico 10 – Representação das respostas dos inquiridos que consideraram que os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (2001) e a Ordem dos Enfermeiros (2004) consideram que as organizações deverão adoptar um sistema de classificação de doentes, pois permite o cálculo das horas de cuidados necessários de modo a que haja uma distribuição dos enfermeiros mais racional e equilibrada. Por outro lado a gestão da qualidade dos cuidados implica a sua monitorização, assim os enfermeiros devem dispor de instrumentos válidos e fidedignos de monitorização e de avaliação da prática. Estes devem revelar-se capazes de promover a melhor rendibilidade dos recursos humanos, bem como

uma estreita ligação entre as áreas da gestão e da prestação de cuidados. Posteriormente procedi à análise de conteúdo que funciona como uma técnica auxiliar de outras técnicas, de modo a analisar as significações das respostas dos inquiridos, Almeida (1994). Utilizei a técnica de análise de conteúdo para a Questão 76, de modo a analisar as respostas afirmativas dos 24 (82,8%) inquiridos, foram identificadas 5 unidades de contexto, 15 unidades de registo e 49 unidades de enumeração, que apresento no Quadro 12. As respostas englobam as seguintes unidades de contexto:

- Gestão de cuidados com 23 unidades de enumeração e onde se destacam a eficiência e a eficácia dos cuidados (8 unidades de enumeração) e a uniformização de procedimentos e de cuidados (4 registos de enumeração).

- Registos de enfermagem com 16 unidades de enumeração e onde se destacam os registos dos cuidados (13 unidades de enumeração).

- Gestão de recursos humanos com 7 unidades de enumeração e onde se destaca a distribuição de recursos (4 unidades de enumeração).

- Satisfação dos utentes com 2 unidades de enumeração correspondente a satisfação das necessidades afectadas.

- Responsabilidade profissional com 1 unidade de enumeração correspondente a responsabilidade pelas intervenções efectuadas e pelo doente.

Assim, verifica-se que os resultados encontrados estão em articulação com os objectivos do SCD/E e que são otimizar os recursos de enfermagem disponíveis; planejar cuidados a prestar; gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço; identificar as necessidades em recursos de enfermagem e adequar a dotação dos quadros de pessoal. Assim, as respostas encontradas correspondem aos requisitos definidos pelo DDSFG (2005a) para a implementação do SCD/E ou seja a aplicação sistemática das etapas do processo de cuidados, organização dos cuidados de enfermagem (método individual ou por responsável), elaboração de registos claros, legíveis, objectivos e em articulação com protocolos, normas e manuais e a existência de manuais, protocolos e normativos legais. Estando em conformidade com a escola Michigan Business School (MBS), cujos expoentes teóricos foram Tichy, Frombun e Devana, também designada por abordagem contingencial, em que se preconiza que a gestão de pessoas deve ser desenvolvida em conformidade com os objectivos organizacionais, de modo a alcançar a melhoria da qualidade e da produtividade.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Assim a eficácia organizacional está directamente relacionada com as práticas e políticas de gestão dos recursos humanos. O alinhamento dos recursos e das estratégias organizacionais é crucial num clima de incerteza e turbulência, implicando uma maior flexibilidade, coerência, pertinência e adaptação dos recursos. Partilho da ideia de Mezomo (2001) ao considerar que a gestão/administração da qualidade implica um trabalho de equipa, o compromisso de todos os colaboradores e uma administração participativa a todos os níveis da estrutura organizacional, processo de educação/formação dos colaboradores, metodologia de resolução dos problemas, apoio à mudança, criatividade, inovação, a definição da missão, visão e valores da organização, a prática de benchmarking e uma avaliação permanente.

Quadro 12 – Análise das respostas dos inquiridos sobre se os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Gestão de cuidados	- Eficiência/eficácia dos cuidados.	8
	- Uniformização de procedimentos e cuidados.	4
	- Metodologia científica de cuidados.	3
	- Individualização de cuidados.	3
	- Metodologia de organização e prestação.	3
	- Reflexão sobre os cuidados.	1
	- Objectivos subsistema enfermagem.	1
Sub-Total		23
Registos de enfermagem	- Registos dos cuidados.	13
	- Uniformização de conceitos de enfermagem.	2
	- Classificação de doentes.	1
Sub-Total		16
Gestão de recursos humanos	- Distribuição de recursos.	4
	- Recrutamento.	2
	- Adequação.	1
Sub-Total		7
Satisfação dos doentes	- Satisfação das necessidades afectadas.	2
Sub-Total		2
Responsabilidade profissional	- Responsabilidade pelas intervenções efectuadas e pelo doente.	1
Sub-Total		1
Total		49

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Quadro 13 analiso as respostas dos 5 (17,2%) inquiridos que consideraram que os resultados do SCD/E não corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade. Verifico que existe uma grande diversidade relativamente às respostas:

- 1 inquirido considera que o SCD/E não valoriza as actividades autónomas e não melhorou os registos e os cuidados de higiene e movimentação;
- 1 inquirido enumera que o SCD/E não atende a relação enfermeiro doente;
- 1 inquirido considera que o SCD/E não interfere na produtividade e referiu a ausência de uniformidade dos parâmetros de avaliação das auditorias;
- 1 inquirido referiu a dificuldade na compatibilização entre o SCD/E e o SAPE (Serviço de Apoio Prática de Enfermagem), não melhorou os registos e os cuidados de higiene, movimentação e sinais vitais e finalmente, referiu a ausência de uniformização nos parâmetros de avaliação das auditorias internas.
- 1 inquirido não fundamentou a sua resposta.

Assim, ao analisar o conteúdo do QCD (anexo I) verifica-se que as actividades contempladas são as actividades autónomas de Higiene e Cuidados Pessoais, Alimentação, Movimentação, Eliminação, Actividades Especiais e Avaliação e Planeamento de Cuidados e as actividades interdependentes de Terapêutica, Tratamento e Sinais Vitais/Outras Avaliações.

O SCD/E é um sistema objectivo, individualizado, flexível e de fácil compreensão.

Por outro lado, desde 2000 que tem vindo a ser desenvolvido pelo IGIF, um sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) que permite registar o planeamento, a execução e avaliação das intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, estando a decorrer a compatibilização como o SICD/E, numa única aplicação informática, designada provisoriamente de módulo único de enfermagem, DDSFG (2005).

Os dois sistemas complementam-se, na medida em que o SAPE fornece os dados sobre a situação clínica do doente, o que determina as intervenções de enfermagem e o SICD/E traduz essas intervenções em HCN. Por outro lado foi recentemente implementado o Manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação – edição 03, o que permitiu uniformizar procedimentos e condutas de todos os actores sociais.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

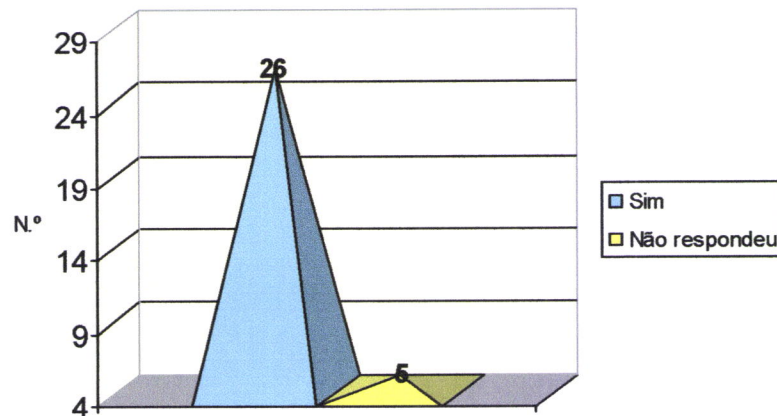
Quadro 13 – Análise das respostas dos inquiridos que consideraram que os resultados do SCD/E não corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Gestão de Cuidados	- Não melhorou os registos e os cuidados de higiene, movimentação e sinais vitais.	1
	- Não contribuiu para a melhoria nas intervenções autónomas.	1
Sub-Total		2
Gestão da qualidade total	- Não melhorou a produtividade.	1
	- Ausência de uniformização dos parâmetros de avaliação das auditorias internas.	1
Sub-Total		2
Área relacional	- Não contribuiu para melhorar a relação enfermeiro/doente.	1
Sub-Total		1
Sistemas de informação	- Dificuldade na compatibilização entre SCD/E e SAPE.	1
Sub-Total		1
Total		6

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Gráfico 11 represento a variável Q (77) relativa à contribuição do SCD/E para o desenvolvimento das áreas de gestão, investigação e da ciência de enfermagem constato que N 26 (Valid) e 5 (Missing), assim 26 (84%) inquiridos responderam afirmativamente e 5 (16 %) dos inquiridos não responderam, nem justificaram o facto de não terem respondido, provavelmente serão organizações onde o SCD/E foi implementado recentemente, organizações onde estas áreas não constituem prioridades de intervenção ou porque não existe visibilidade e articulação com o SCD/E.

Gráfico 11 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se o SCD/E contribui para o desenvolvimento das áreas de gestão, investigação e enfermagem



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

O Conselho Internacional dos Enfermeiros (2001) considerou que as organizações deverão adoptar um sistema de classificação de doentes, uma vez que permite o cálculo do nível de cuidados necessários, bem como o número de horas necessário.

Com base nestas informações, a distribuição de serviço aos enfermeiros resultará mais racional e equilibrada OE (2004 b). Os instrumentos devem revelar-se capazes de promover a melhor rendibilidade dos recursos humanos, bem como uma estreita ligação entre as áreas da gestão e da prestação de cuidados OE (2004 b), os dados informativos e a informação produzida contribuem para o desenvolvimento da investigação e da enfermagem.

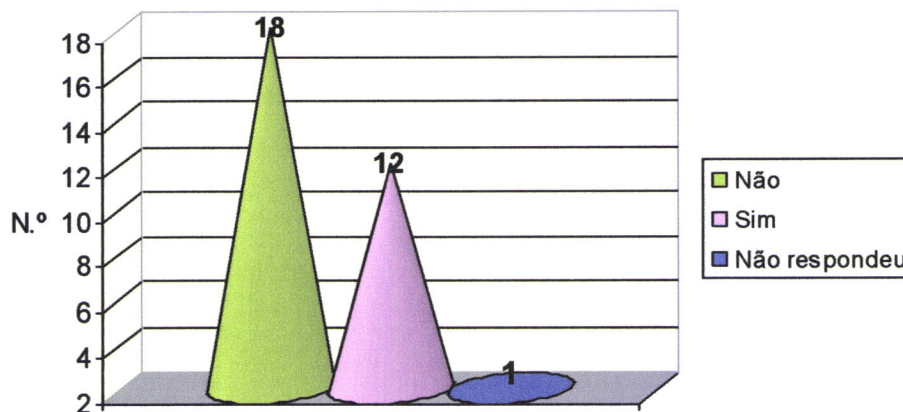
Assim os inquiridos consideraram que o SCD/E constitui um sistema informação de enfermagem, para as áreas da prestação de cuidados de enfermagem, administração, suporte da educação e da investigação em enfermagem.

5.3 – MOBILIDADE DO PESSOAL DE ENFERMAGEM

No Gráfico 12 represento a variável Q (112) constato que N 30 (Valid) e 1 (Missing) relativamente à **mobilidade do pessoal de enfermagem com base no SCD/E**, 18 (58,1 %) inquiridos referiram que não existe mobilidade, 12 (38,7%)

referiram que existe mobilidade de pessoal com base no SCD/E e 1 (3,2%) não respondeu ao solicitado.

Gráfico 12 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se a mobilidade do pessoal de enfermagem se efectua com base no SCD/E



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Quadro 14 representa a análise das respostas dos 18 inquiridos (58,1%) que referiram não existir mobilidade de pessoal, 15 inquiridos justificam porque não ocorre a mobilidade de pessoal e 3 inquiridos não justificam a resposta. Foram identificadas 12 unidades de registos e 19 unidades de enumeração.

No geral, os Enfermeiros Directores não utilizam os indicadores para a mobilidade de pessoal, nalgumas organizações o SCD/E é utilizado no planeamento, nos processos de admissão e na distribuição dos profissionais.

Este facto pode estar relacionado com:

- **Stakeholders externos:**

- Factores políticos, económicos, legais e de formação, como a carência generalizada de enfermeiros e as restrições na contratação de pessoal.

- **Stakeholders internos:**

- Factores organizacionais (deficiente articulação entre as chefias operacionais, entre estas e os níveis tático e estratégico, diversidade de normas orgânicas e funcionais, ausência de critérios na mobilidade, especificidade dos serviços, deficiente comunicação e de cooperação entre as unidades de cuidados),

- Factores culturais, sociais e especificamente da profissão de enfermagem, como a acomodação dos enfermeiros e das estruturas hierárquicas, dificuldade da adaptação a novos contextos, resistência à mudança, poder inter e intra-profissionais, existência de várias metodologias de organização e prestação de cuidados. Por outro lado sendo uma profissão geradora de tensão e stress constante, a mobilidade gera maior imprevisibilidade/receio no exercício face a novas situações e ainda o medo dos enfermeiros pois apresentam diferentes níveis de conhecimentos e competências conceptuais, relacionais e psicomotoras.

João Bilhim (2004) considera que a gestão estratégica deve proceder à convergência de interesses e equilíbrio entre os stakeholders internos e externos. O que implica a adopção estratégica de uma política de gestão de recursos humanos, bem como a organização das unidades de cuidados em departamentos com afectação de recursos próprios, dotados de autonomia administrativa e financeira.

Embora o SCD/E constitua um sistema com aplicabilidade na maioria das valências, no entanto existem algumas valências que não têm QCD, nomeadamente a Psiquiatria, Neonatologia e Unidade de Cuidados Intensivos.

Quadro 14 – Respostas dos inquiridos relativos às justificações para a ausência da mobilidade de pessoal de enfermagem

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
- SCD/E não abrange todos os serviços.	3
- SCD/E foi recentemente implementado na organização.	3
- Ausência de política e critérios de mobilidade.	3
- Carência generalizada de enfermeiros.	2
- Constitui apenas um indicador de mobilidade interna.	2
- Dificuldade na contratação dos enfermeiros.	1
- Excessiva mobilidade externa de enfermeiros.	1
- Mobilidade só ocorre a pedido do interessado.	1
- Mobilidade relacionada com a formação dos enfermeiros.	1
- Ausência de aceitação pelos enfermeiros.	1
- Dificuldade na mobilidade.	1
Total	19

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Quadro 15 represento a análise e fundamentação dos 12 inquiridos (38,7%) que referiram a existência de mobilidade de pessoal de enfermagem.

Entre os Enfermeiros Directores que utilizam esses indicadores não existe unanimidade quanto à frequência da mobilidade. A mobilidade relacionada com a gestão flexível de recursos humanos, no âmbito do SCD/E preconiza-se a mobilidade de 24 em 24 horas.

Quadro 15 – Respostas dos inquiridos relativos à periodicidade da mobilidade de pessoal de enfermagem

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
- Diária.	3
- Sempre que necessário.	2
- Anual.	2
- Semestral.	2
- Semanal.	1
- Mensal.	1
- Turno.	1
Total	12

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

O Gráfico 13 representa a variável Q (113) o SCD **faculta uma base sólida para a determinação das necessidades de pessoal**, constatamos que N 31 (Valid), 29 (93,5%) inquiridos responderam afirmativamente e 2 inquiridos (6,5%) responderam negativamente.

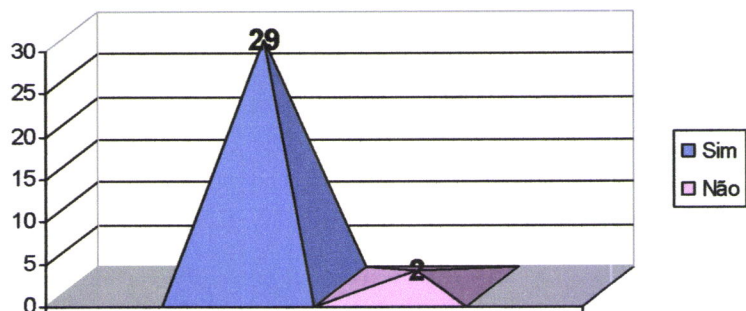
Os inquiridos validaram e reconheceram a importância do SCD/E para a optimização dos recursos de enfermagem disponíveis, planeamento de cuidados, gestão eficaz do número de enfermeiros necessários em cada serviço, identificação das necessidades em recursos de enfermagem e para a adequação dos quadros de pessoal.

Os 2 inquiridos que responderam negativamente, embora reconheçam a importância do SCD/E, pois fornece indicadores para o cálculo de pessoal, consideram que existem outras variáveis, no entanto não clarificam a resposta.

Considero que sendo um instrumento utilizado na gestão dos recursos humanos, tem de ser contextualizado na prática concreta das organizações e das unidades de cuidados. Existem inúmeras variáveis contextuais que podem interferir

no seu funcionamento, entre outras cultura/clima organizacional, as competências conceptuais, humanas e técnicas dos colaboradores e a especificidade das unidades de cuidados/serviços.

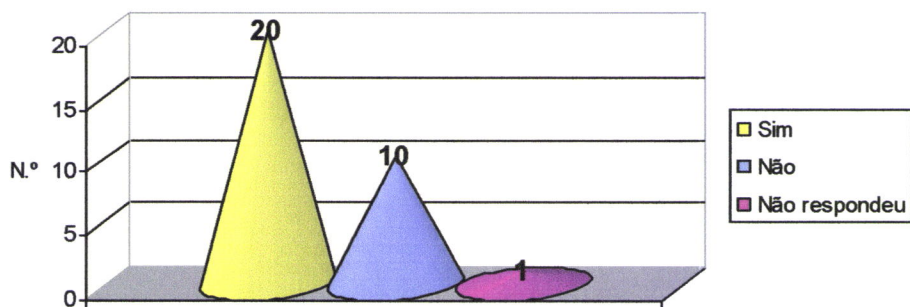
Gráfico 13 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se o SCD/E faculta uma base sólida para a determinação das necessidades de pessoal



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

No Gráfico 14 represento a variável Q (114) **os resultados do SCD são analisados em Conselho de Administração**, constato que N 30 (Valid) 1 (Missing), 20 (64,5%) inquiridos responderam afirmativamente e 10 inquiridos (32,3%) responderam negativamente, 1 (3,2%) inquirido não respondeu.

Gráfico 14 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se os resultados do SCD/E são analisados em Conselho de Administração



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Em seguida analiso as respostas afirmativas dos 20 inquiridos e que apresento no Quadro 16, foram identificados 9 unidades de registo e 26 registos de enumeração.

Os indicadores produzidos pelo SCD/E são utilizados para o recrutamento de pessoal de enfermagem e no processo de identificação e adequação das Horas de Cuidados Prestadas às Horas de Cuidados Necessárias, o que determina e influencia o padrão qualitativo dos cuidados de enfermagem prestados, por outro lado tem sido utilizado para a justificação do trabalho extraordinário e do regime de trabalho de horário acrescido.

Quadro 16 – Respostas dos inquiridos que afirmaram que os resultados do SCD/E são analisados em Conselho de Administração

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
- Proceder ao recrutamento de pessoal de enfermagem.	10
- Permite a identificação e a adequação do pessoal de enfermagem face às necessidades dos doentes.	7
- Apreciação global dos resultados do SCD/E.	3
- Contribui para a visibilidade do trabalho de enfermagem.	1
- Contribui para a tomada de decisão sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem.	1
- Verificar a inexistência de resultados práticos.	1
- Justificar o recurso a trabalho extraordinário.	1
- Analisar o desempenho dos colaboradores e do hospital.	1
- Não justificou a resposta.	1
Total	26

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Em seguida analiso as respostas dos 10 inquiridos que responderam que os resultados do SCD não são analisados em Conselho de Administração e cujos resultados represento no Quadro 17.

Assim, foram identificados 4 unidades de registo e 9 registos de enumeração.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Como já foi referido anteriormente, o conteúdo funcional do Enfermeiro Director, quer nas SPA quer nas EPE está legislado na Secção II Área de actuação de gestão, art. 8, n.º 3 do Dec.-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, onde se incluem:

- Definir padrões e indicadores de cuidados de enfermagem;
- Elaborar propostas referentes a quadros e mapas de pessoal de enfermagem;
- Elaborar propostas de admissão, distribuição e de mobilidade de pessoal;
- Criar ou manter um efectivo sistema de classificação de utentes/doentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem;

Daí que me parece que os indicadores deveriam ser utilizados pelos Enfermeiros Directores nos Conselhos de Administração e mesmo junto dos Órgãos Centrais para a adopção de estratégias de modo a contribuir quer para a gestão eficiente e eficaz dos recursos humanos e da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Quadro 17 – Respostas dos inquiridos que afirmaram que os resultados do SCD/E não são analisados em Conselho de Administração

Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
- Constitui um instrumento de Administração de Enfermagem.	1
- Análise do Relatório de Auditoria Externa e do Relatório Anual do SCD/E enviado pelo IGIF.	1
- Os resultados são discutidos entre os adjuntos da Direcção de Enfermagem.	1
- Não justificou a resposta.	7
Total	10

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

5.4 – NÍVEL DE FORMAÇÃO

Na variável Q (115.1) **Percentagem de Enfermeiros/Enfermeiros Graduados/Enfermeiros Especialistas utilizadores com formação na área do SCD/E** os valores foram: Média 83,77 %, Mediana 90 % e a Moda 100 %.

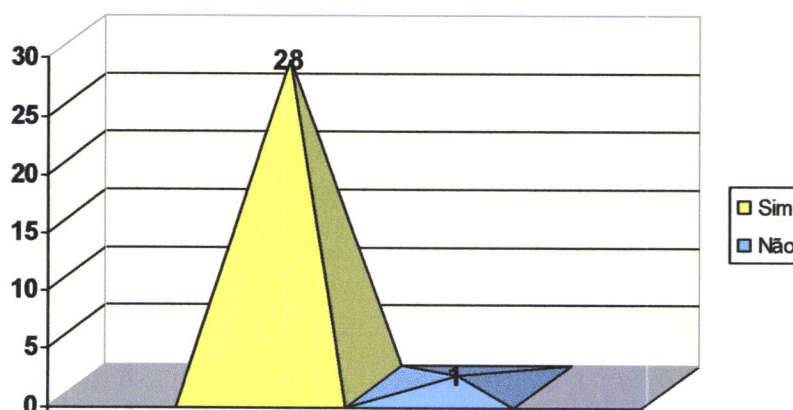
Na variável 115.2 **Percentagem de Enfermeiros Chefes utilizadores com formação na área do SCD/E**, verifico que N 30 (Valid) 1 (Missing), os valores encontrados foram: Média 91,27 %, a Mediana e a Moda foi de 100 %. Verifico que os enfermeiros que operacionalizam o SCD/E globalmente possuem formação nesta área.

No Gráfico 15 referente variável Q (116) **o Enfermeiro Director possui formação sobre o SCD/E**, verifico que N 29 (Valid) 2 (Missing), 28 (90,3 %) dos inquiridos possuem formação sobre SCD/E e 1 (3,2 %) não possui formação sobre SCD/E.

Antes da implementação do SCD/E é sempre efectuada uma visita diagnostica de modo a identificar a Missão e a Visão da Organização Hospitalar, bem como a identificação da filosofia e dos valores do subsistema de enfermagem.

O grupo coordenador procura identificar se os requisitos necessários para a implementação do SCD/E estão operacionalizados, ou seja quais os pontos fortes e os pontos de melhoria continua necessários, de modo a que o SCD/E seja implementado com sucesso, eficiência e eficácia organizacional. Ainda antes da fase implementação o grupo coordenador do SCD/E com a colaboração dos auditores externos realizam formação teórico-prática para os futuros utilizadores do SCD/E. Complementarmente ocorre formação periódica nas Organizações Hospitalares onde o SCD/E está implementado.

Gráfico 15 – Representação das respostas dos inquiridos sobre se o Enfermeiro Director possui formação sobre o SCD/E



Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Em seguida irei analisar e descrever as dimensões em estudo: sistemas de informação, gestão da qualidade e gestão de recursos humanos.

A dimensão sistemas de informação engloba as sub-dimensões gestão da informação e indicadores estatísticos.

A dimensão gestão da qualidade engloba as sub-dimensões: qualidade total; controlo de estrutura, processos e resultados; organização e gestão de cuidados e formação.

A dimensão gestão de recursos humanos engloba as sub-dimensões: gestão de pessoas; desempenho profissional e filosofia organizacional.

No tratamento dos dados, utilizei o teste não paramétrico de Friedman para comparação de mais de duas médias.

5.5 – ANÁLISE DA DIMENSÃO SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

No Quadro 18 apresento os resultados da dimensão sistemas de informação, sub-dimensão gestão da informação, assim verifico que os inquiridos consideraram que as tecnologias de informação e de comunicação do SCD/E condicionam a gestão estratégica, cujo valor do Teste de Friedman foi de 4,68. Esta premissa está em conformidade com o descrito por Braga (2000).

Serrano, Caldeira e Guerreiro (2004) consideram que a informação e o conhecimento constituem recursos estratégicos e transformadores da sociedade, facto que implica o acesso à informação precisa, fidedigna, em qualidade, em quantidade e em tempo útil.

Estes pressupostos estiveram subjacentes ao desenvolvimento e implementação do módulo informático do SCD/E, deste modo os dados, a informação e o conhecimento estão disponíveis on-line para todos os colaboradores de acordo com o nível hierárquico e funcional que desempenham na organização. Estão concebidos em níveis de acesso como atrás foi referido.

No SCD/E versão manual os dados e a informação produzida são enviados mensalmente para as chefias dos Serviços/Unidades de cuidados e para o IGIF até ao dia 15 do mês seguinte à produção dos dados.

Verifico que o envolvimento e motivação dos colaboradores é essencial, pois só assim poderão ser co-responsabilizados e serem actores sociais activos e participantes nos resultados alcançados, pelo que deverão ter acesso aos dados e

informação, cujo valor do Teste de Friedman foi de 3,92 dos informantes. O SCD/E constitui um sistema de informação de suporte à gestão ao nível do Enfermeiro responsável pelo doente, do Enfermeiro Chefe, do Enfermeiro Director e dos Serviços Centrais, Simões e Santos (2003).

Os inquiridos realçaram que os dados e a informação do SCD/E apoiam a tomada de decisão e a gestão organizacional, cujo valor do Teste de Friedman foi 3,71. Partilho da opinião de Veiga, Simões e Campos (2000) consideram o SCD/E como um sistema de informação de apoio à tomada de decisão dos gestores de enfermagem, pode contribuir para a introdução de medidas correctivas, para a admissão de novos enfermeiros e para a actualização do quadro de pessoal.

Assim, como sistema informático do sub-sistema de enfermagem apoia a área clínica e a administração de enfermagem, contribuindo para a educação/formação dos enfermeiros e para a investigação-acção e investigação-reflexão sobre as organizações de saúde e os factos sociais. Por outro lado, como sistema de informação contribui a nível organizacional para a articulação entre e cultura da gestão e a cultura informática, Serrano, Caldeira e Guerreiro (2004).

Quadro 18 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica gestão da informação

1 - Dimensão sistemas de informação		
Sub - Dimensão	Itens	Teste Friedman
1.1 - Gestão da informação	Q 21 – As tecnologias de informação e comunicação influenciam a gestão estratégica.	4,68
	Q 26 – A comunicação dos dados e informação dos resultados do SCD/E aos colaboradores é essencial para a motivação.	3,92
	Q 31 – Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam a tomada de decisão e a gestão organizacional.	3,71
	Q 28 – O acesso ao nível de informação do SCD/E relaciona-se com as suas necessidades e responsabilidades da função.	3,44
	Q 34 – Os meios de comunicação disponíveis permitem que todas as pessoas tenham informação actualizada, sobre os resultados do SCD/E.	2,71
	Q 27 – No SCD/E está definido o tempo de retenção de processos, dados e informação.	2,52

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Test Statistics(a)	N	19
	Chi-Square	24,66880342
	Df	5
	Asymp. Sig.	0,00016142
	A	Friedman Test

No Quadro 19 apresento os resultados encontrados na dimensão sistemas de informação, sub-dimensão indicadores estatísticos, partilho da opinião da Ordem dos Enfermeiros (2004b) pois a gestão da qualidade dos cuidados, implica que existam instrumentos válidos, fidedignos e que permitam a avaliação da prática, de modo a promover a rendibilidade dos recursos humanos e a articulação entre as áreas da gestão e a prestação de cuidados.

Os indicadores como instrumentos de medida, permitem uma mensuração mas devem obedecer a critérios de fiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade. No entanto, no âmbito do sub-sistema de enfermagem existem indicadores decorrentes da operacionalização do SCD/E, relacionados com:

- Estrutura (onde se incluem factores organizacionais, profissionais e dos utentes),
- Processos (apreciação inicial, identificação de problemas/fenómenos e elaboração do diagnóstico de enfermagem, planeamento de intervenções, avaliação e registos de enfermagem).
- Resultados (indicadores do SCD/E).

Relacionando os resultados da sub-dimensão indicadores estatísticos com a Q 37, Q 38 e Q 40, verifica-se que a totalidade dos inquiridos consideraram que o nível de informação produzido pelo SCD/E é relevante, representativo e válido, 96,8 % dos inquiridos consideraram que a informação é fiável. Os inquiridos consideraram que o SCD/E fornece indicadores para a tomada de decisão, cujo valor do Teste de Friedman foi de 9,18, deste modo compete às organizações adequar os recursos e criar estruturas de modo a permitir um exercício profissional de qualidade, OE (2004a).

O SCD/E pode contribuir para a determinação de custos de assistência de enfermagem, o valor do Teste de Friedman foi de 8,22. Assim, podem ser encontrados indicadores financeiros relacionados com as intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem. O estudo de Veiga e Abrantes (1996) relacionou os níveis de dependência com os Grupos de Diagnóstico Homogéneos, englobando 547 doentes e 9000 dias de internamento, o que permitiu estabelecer

uma comparação entre o consumo de cuidados de enfermagem, a patologia, a idade, o sexo, a duração dos episódios de internamento e os procedimentos efectuados.

Os resultados da pesquisa estão em conformidade, com o preconizado com Filho (1992) em que os sistemas de classificação de pacientes, proporcionam informações para o processo de tomada de decisão em áreas como a dotação de pessoal de enfermagem, monitorização da produtividade e determinação de custos dos cuidados de enfermagem.

Os inquiridos consideraram que a qualidade dos cuidados depende da adequação entre o volume de trabalho (HCN/DI) e as horas de enfermagem disponíveis (HED) o valor do Teste de Friedman foi de 8,20, de referir que o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2001) e OE (2004b) preconizam que as organizações deverão adoptar um sistema de classificação de doentes, pois permite o cálculo do nível de cuidados necessários e o número de horas necessárias, contribuindo para a distribuição racional e equilibrada dos enfermeiros pelos serviços e portanto para alcançar o padrão qualitativo dos cuidados de enfermagem.

As respostas dos informantes enquadram nos subsistemas preconizados por Chiavenato (2003) de provisão porque visa fornecer dados, informação e conhecimento que permite proceder ao planeamento quantitativo de recursos humanos, ao recrutamento e selecção de pessoal, procurando uma adequação dos recursos humanos às necessidades dos doentes e no subsistema de manutenção porque permite a distribuição da carga de trabalho face aos recursos disponíveis (compensação) contribuindo para o exercício profissional de qualidade e de acordo com o preconizado na Carreira de Enfermagem e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, nas vertentes científica, técnica e relacional ou seja numa perspectiva de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Quadro 19 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica
indicadores estatísticos

1 - Dimensão sistemas de informação		
Sub-dimensão	Itens	Teste Friedman
1.2 - Indicadores estatísticos	Q 19 – O SCD/E fornece dados estatísticos para a tomada de decisão.	9,18
	Q 53 – O SCD/E pode futuramente contribuir para o planeamento dos custos de assistência de enfermagem.	8,22
	Q 127 – Para alcançar a qualidade de cuidados deve existir a adequação entre o volume de trabalho e as horas de cuidados disponíveis de enfermagem.	8,20
	Q 101 – O SCD/E constitui um sistema coerente.	7,58
	Q 128 – A distribuição equitativa de recursos humanos interfere na qualidade.	7,41
	Q 36 – O SCD/E permite a monitorização da produtividade de enfermagem.	7,15
	Q 85 – O SCD/E contribui para a melhoria da produtividade e da qualidade.	6,96
	Q 109 – A eficácia das acções correctivas é avaliada	6,93
	Q 88 – Os indicadores produzidos pelo SCD/E são fiáveis, exequíveis e objectivos.	6,39
	Q 23 – O SCD/E fornece os indicadores necessários para a tomada de decisão em tempo útil.	6,39
	Q 86 – A distribuição de pessoal pelas unidades de cuidados/serviços baseia-se nos indicadores produzidos pelo SCD/E.	6,03
	Q 20 – A tomada de decisão referente ao recrutamento de pessoal de enfermagem, baseia-se no SCD/E.	6,00
	Q 33 – A (s) política (s) e estratégia organizacional de enfermagem são baseadas na informação, proveniente dos indicadores de desempenho produzidos pelo SCD/E.	4,50

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Test Statistics(a)	N	29
	Chi-Square	47,99170813
	Df	12
	Asymp. Sig.	3,13607E-06
	A	Friedman Test

5.6 – ANÁLISE DA DIMENSÃO GESTÃO DA QUALIDADE

No Quadro 20 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão da qualidade, sub-dimensão qualidade total, assim os inquiridos consideram que a

eficácia organizacional depende das práticas de gestão, o valor do Teste de Friedman foi de 8,15.

Monteiro (2003) considera fundamental a adopção de formas de gestão proactivas, procurando a proximidade entre os níveis de decisão e os níveis de execução, onde surgem os problemas. Assim, a gestão consiste num processo global que visa a eficácia e a eficiência, co-responsabilizando-se todos os gestores e colaboradores pelo crescimento e desenvolvimento organizacional. Crucial é ainda a implementação de medidas estratégicas, táticas e operacionais de modo a alcançar a qualidade. A escola Michigan Business School (MBS), também designada por abordagem contingencial, preconiza que a eficácia organizacional está directamente relacionada com as práticas e políticas de gestão dos recursos humanos.

Os inquiridos referiram que o SCD/E permite a tomada de decisão a nível estratégico de modo a contribuir para a qualidade dos cuidados e que a ausência de sistema de controlo de recursos humanos interfere na qualidade, ambos os itens obtiveram o valor do Teste de Friedman foi 8,07. Como variável estratégica, a qualidade visa compatibilizar a melhoria dos cuidados, com uma gestão eficiente e eficaz dos recursos, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes e do pessoal de saúde.

O SCD/E concorre para a gestão da qualidade dos cuidados porque:

- Fornece dados, informação e conhecimento que permite proceder ao planeamento quantitativo de recursos humanos, ao recrutamento e selecção de pessoal, procurando uma adequação dos recursos humanos às necessidades dos doentes.

- Contribui para a organização do trabalho de enfermagem e a análise e descrição de funções, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade.

- Possibilita a distribuição da carga de trabalho face aos recursos disponíveis (compensação) contribuindo para o exercício profissional de qualidade

- Permite a aplicação de métodos de medição e controle da produtividade dos profissionais de enfermagem, fornecendo indicadores de produção.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Quadro 20 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica qualidade total

2 - Dimensão gestão da qualidade		
Sub - dimensão	Itens	Teste Friedman
2.1 - Qualidade total	Q 122 – A eficácia organizacional está relacionada com as práticas de gestão.	8,15
	Q 16 – O SCD/E permite a tomada de decisão a nível estratégico, de modo a contribuir para a qualidade de cuidados.	8,07
	Q 129 – A ausência de sistemas de controlo de recursos humanos interfere na qualidade.	8,07
	Q 24 – A ausência de sistemas de informação interfere na qualidade organizacional.	7,92
	Q 17 – O SCD/E permite a tomada de decisão a nível operacional, de modo a contribuir para a qualidade de cuidados.	7,76
	Q 25 – Os dados, a informação e o conhecimento fornecidos pelo SCD/E, apoiam o processo de melhoria contínua da qualidade.	7,46
	Q 32 – Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam o programa de gestão da qualidade.	6,69
	Q 30 – Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam os cuidados prestados ao doente.	6,67
	Q 110 – Deve existir uma estrutura de coordenação para análise e seguimento das acções correctivas e preventivas.	6,57
	Q 84 – O SCD/E está contemplado no quadro de referências da organização.	6,05
	Q 132 – A capacidade de estruturar a organização depende apenas do ambiente interno.	2,51
	Q 131 – A capacidade de estruturar a organização depende apenas do ambiente externo.	2,01

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Test Statistics(a)	N	26
	Chi-Square	123,0737705
	Df	11
	Asymp. Sig.	4,36038E-21
	A	Friedman Test

No Quadro 21 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão da qualidade, sub-dimensão estrutura, processos e resultados. Tendo subjacente no subsistema Monitorização, definido por Chiavenato (2003) o SCD/E permite a aplicação de métodos de medição e controlo da produtividade dos profissionais de enfermagem, fornecendo indicadores de produção. Os inquiridos consideraram que os mecanismos de vigilância (auditoria interna do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados, o valor

obtido pelo Teste de Friedman foi de 10,23, as auditorias são consideradas como uma alavanca para fazer progredir a qualidade, o valor do Teste de Friedman foi de 10,10.

Num processo de melhoria contínua da qualidade podem ser definidas 4 etapas: a responsabilidade da gestão estratégica, tática e operacional, a gestão de recursos, a realização do produto ou serviço e medição, análise e melhoria. Nesta etapa incluem-se as auditorias internas e externas, onde são identificadas as áreas críticas e adopção de medidas preventivas e correctivas pelos vários intervenientes no processo de cuidar numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados e de qualidade dos cuidados. A auditoria é descrita como uma *“análise sistemática e independente com vista a determinar se as actividades e os resultados relativos ao SCD/E satisfazem as disposições pré-estabelecidas, se estas estão efectivamente implementadas e se são adequadas para alcançar os objectivos do SCD/E”* (DDSG, 2005a:11).

Os inquiridos referiram que a actualização do manual de normas e procedimentos em cuidados de enfermagem visa a melhoria da qualidade, o valor do Teste de Friedman foi de 9,84, complementamente os inquiridos consideraram que o SCD/E tem contribuído para a implementação de medidas correctivas, na prestação de cuidados de enfermagem, o valor do Teste de Friedman foi de 9,41, tendo subjacente um padrão qualitativo previamente estabelecido nos manuais de conceitos básicos e o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação.

Os objectivos e a operacionalização do SCD/E contribuem para o crescimento e desenvolvimento dos recursos humanos e das organizações, pelo que se enquadra no subsistema monitorização definidos por Chiavenato (2003), porque permite a aplicação de métodos de medição e controle da produtividade dos profissionais de enfermagem, fornecendo indicadores de produção.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Quadro 21 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica
controlo da estrutura, processos e resultados

2 - Dimensão gestão da qualidade		
Sub-Dimensão	Itens	Teste Friedman
2.2 - Estrutura, processos e resultados	Q 44 – Os mecanismos de vigilância (auditoria interna do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados.	10,23
	Q 111 – As auditorias são consideradas como uma alavanca para fazer progredir a qualidade.	10,10
	Q 47 – A actualização do manual de normas e procedimentos em cuidados de enfermagem visa a melhoria da qualidade.	9,84
	Q 60 – O SCD/E tem contribuído para a implementação de medidas correctivas, na prestação de cuidados de enfermagem.	9,41
	Q 45 – Os mecanismos de vigilância (auditoria externa do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados.	9,02
	Q 103 – Os resultados do SCD/E são analisados em reunião de adjuntos do/a Enfermeiro/a Director/a.	8,76
	Q 71 – A existência de uma lista de códigos, símbolos e definições pode contribuir para a melhoria da qualidade dos registos e dos cuidados.	8,73
	Q 100 – Deve existir um responsável pela elaboração dos relatórios do SCD/E.	8,54
	Q 61 – O SCD/E tem contribuído para a definição das linhas de responsabilidade e de divisão do trabalho.	8,52
	Q 48 – Os relatórios do SCD/E permitem avaliar o impacto das medidas correctivas implementadas.	8,50
	Q 62 – As não conformidades identificadas através do SCD/E, permitiram implementar medidas preventivas de modo, a não afectar a qualidade dos cuidados de enfermagem.	8,41
	Q 104 – Os resultados do SCD/E são analisados em reunião de Enfermeiros Chefes.	8,21
	Q 87 – O SCD/E é periodicamente analisado de modo a determinar necessidades de modificação e actualização.	7,06
	Q 73 – Os processos do SCD/E têm sido melhorados de acordo com as normas internacionais da qualidade.	6,97
	Q 72 – Os processos do SCD/E têm sido melhorados, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes.	6,95
Q 102 – O SCD/E possui um elevado grau de conformidade interna e externa.	6,67	

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Test Statistics(a)	N	23
	Chi-Square	29,54352337
	Df	15
	Asymp. Sig.	0,013678229
	A	Friedman Test

No Quadro 22 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão da qualidade, sub-dimensão organização e gestão de cuidados.

A organização dos cuidados de enfermagem pelo método individual ou por responsável, constitui um dos requisitos para a implementação do SCD/E e obteve o valor de 12,75 pelo teste de Friedman, relacionando com a Q 75 verifica-se que a totalidade dos inquiridos considera que a metodologia de organização dos cuidados está em conformidade com os requisitos do SCD/E e contribuiu para a qualidade dos cuidados. Verificou-se que 77,4 % dos inquiridos consideraram que os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade.

Os inquiridos consideraram que o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação visa a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, o valor do teste de Friedman foi de 12,20. A concepção do Manual está em conformidade com a NP EN ISO 9001 e que engloba as etapas de: responsabilidade da gestão estratégica, tática e operacional; gestão de recursos; realização do produto ou serviço e medição, análise e melhoria, os inquiridos consideraram que o manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação está elaborado de acordo com os requisitos da qualidade, o valor obtido aplicando o teste de Friedman foi de 11,37.

Deste modo, os objectivos e operacionalização do SCD/E contribuem para o crescimento e desenvolvimento dos recursos humanos e das organizações, pelo que as respostas dos informantes estão em conformidade com os subsistemas de Chiavenato (2003), onde se inclui o subsistema aplicação porque contribui para a organização do trabalho de enfermagem e a análise e descrição de funções, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade; manutenção porque permite a distribuição da carga de trabalho face aos recursos disponíveis (compensação) contribuindo para o exercício profissional de qualidade e de acordo com o preconizado na Carreira de Enfermagem e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, nas vertentes científica, técnica e relacional ou seja numa perspectiva de qualidade dos cuidados de enfermagem. A melhoria contínua da qualidade de cuidados está relacionada com a aplicação sistemática das etapas do processo de cuidados (apreciação de enfermagem, planeamento de cuidados, execução e avaliação), este obteve o valor de 11,27, de acordo com o teste de Friedman. Nesta perspectiva, os enfermeiros devem tratar o doente cuidando-o,

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

utilizando uma metodologia científica de acordo com o grau de dependência do utente com base nas necessidades físicas, sociais e emocionais.

Quadro 22 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica organização e gestão de cuidados

2 - Dimensão gestão da qualidade		
Sub-Dimensão	Ítems	Teste Friedman
2.3 - Organização e gestão de cuidados	Q 66 – O SCD/E contribui para a implementação do método de trabalho individual e por responsável.	12,75
	Q 42 – O manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação visa a melhoria dos cuidados.	12,20
	Q 43 – O manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação está elaborado de acordo com os requisitos da qualidade.	11,37
	Q 96 – O SCD/E contribui para o planeamento de cuidados.	11,27
	Q 46 – O SCD/E permite melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.	10,55
	Q 91 – O SCD/E permite identificar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem.	10,32
	Q 59 – O SCD/E contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois permite a individualização.	10,13
	Q 58 – O SCD/E influencia a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois permite determinar as necessidades dos doentes.	10,10
	Q 94 – O SCD/E permite caracterizar os doentes ao nível das unidades de cuidados/serviços, da organização e nacional.	9,48
	Q 54 – O SCD/E constitui um dos instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.	9,34
	Q 99 – O SCD/E permite conhecer a evolução clínica do doente.	9,31
	Q 97 – O SCD/E contribui para a prescrição das acções/intervenções autónomas de enfermagem.	9,06
	Q 51 – O SCD/E permite determinar a complexidade dos cuidados e da assistência de enfermagem.	8,91
	Q 49 – O SCD/E contribui para a definição de objectivos de intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.	8,68
	Q 50 – O SCD/E permite definir intervenções de enfermagem adequadas à situação clínica do doente, tendo subjacente um padrão qualitativo.	8,41
	Q 41 – O SCD/E contribui para a definição de padrões e objectivos de qualidade em enfermagem a nível organizacional.	7,00
	Q 55 – O SCD/E permite a obtenção de dados referentes à qualidade de cuidados de enfermagem prestados.	6,62
Q 98 – O SCD/E contribui para a prescrição das intervenções interdependentes de enfermagem.	5,41	

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Test Statistics(a)	N	29
	Chi-Square	95,39794967
	Df	17
	Asymp. Sig.	6,28946E-13
	A	Friedman Test

No Quadro 23 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão da qualidade, sub-dimensão formação. Foi valorizado pelos inquiridos que todos os gestores (nível operacional, tático ou estratégico) de enfermagem e outros gestores táticos ou estratégicos, devem possuir formação sobre o SCD/E e que obteve o valor de 5,48 aplicando o teste de Friedman. No item aos enfermeiros recém-formados é proporcionada formação sobre SCD/E obteve o valor de 5,07. Nos programas de integração para pessoal de enfermagem recém formado e admitido nas organizações o SCD/E constitui uma área prioritária de intervenção. Os inquiridos consideraram que as notas de não conformidade e os indicadores do SCD/E contribuem para a definição da política formativa e portanto para a melhoria da qualidade de cuidados, aplicando o teste de Friedman o valor obtidos foi 4,66.

Quadro 23 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica formação

2 - Dimensão gestão da qualidade		
Sub - Dimensão	Itens	Teste Friedman
2.4 - Formação	Q 68 – Todos os gestores devem possuir formação sobre SCD/E.	5,48
	Q 107 – Aos enfermeiros recém formados é proporcionada formação sobre SCD/E.	5,07
	Q 108 – A identificação e tratamento das não conformidades e dos indicadores permite programar formação para os colaboradores.	4,66
	Q 95 – Os colaboradores estão familiarizados com os conceitos e linguagem do SCD/E, contribuindo para a uniformização dos registos.	4,42
	Q 89 – As actividades contempladas no SCD/E são as que possuem maior significado na carga de trabalho dos enfermeiros.	4,37
	Q 69 – O SCD/E permite detectar necessidades formativa, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.	4,33
	Q 80 – O SCD/E constitui um sistema objectivo.	4,25
	Q 81 – O SCD/E é um sistema individualizado, global e flexível.	3,38

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

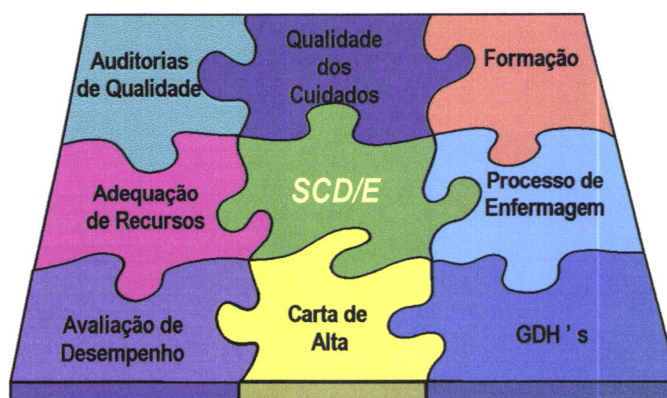
Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Test Statistics(a)	N	27
	Chi-Square	19,61111111
	Df	7
	Asymp. Sig.	0,006473863E-35
A		Friedman Test

Articulando com Q 115.1 verifica-se que 83,77 % dos enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas possuem formação na área do SCD/E e que 91,27 % dos enfermeiros chefes possuem formação, resultados obtidos na Q 115.2.

Além das áreas de auditorias, qualidade, processo de enfermagem que já foram analisadas a articulação com o SCD/E. Verifico que o sistema se articula com outras áreas, nomeadamente a formação e que represento na figura 15.

Figura 15 – Articulação entre o SCD/E e as áreas da qualidade dos cuidados de enfermagem e da gestão de recursos humanos



Fonte: Programa de Formação sobre o SCD/E – IGIF 2005

5.7 – ANÁLISE DA DIMENSÃO GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

No Quadro 24 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão de recursos humanos, sub-dimensão gestão de pessoas.

Foi valorizado pelos inquiridos que os recursos humanos representam o factor crítico das organizações, mas sem os quais não há competitividade e sucesso organizacional, aplicando o teste de Friedman este item obteve o valor de 16,27. O contexto organizacional actual é complexo, instável e turbulento, o que

implica a gestão estratégica de todos os recursos, no entanto são as pessoas o capital intelectual das organizações.

Assim, a tomada de decisão constitui um processo global que visa a eficácia e a eficiência, no entanto implica a co-responsabilização de todos os gestores. A gestão de recursos humanos enquadrados na estratégia organizacional baseia-se na capacidade de mobilizar os seus colaboradores.

Foi valorizado pelos inquiridos que o SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível estratégico, aplicando o teste de Friedman obteve o valor de 14,85. A gestão deve ser criativa, inovadora, flexível, pró-activa, tendo como finalidade a tomada de decisão eficiente e eficaz, de modo a garantir a gestão dos recursos disponíveis e assim contribuir para a qualidade. Os inquiridos partilham da ideia de Bilhim (2004) ao considerarem que os recursos humanos nas organizações actuais constituem o recurso estratégico e representam um factor crítico, sem o qual não há forma de competir e ter sucesso.

Face ao exposto, os inquiridos consideraram que na gestão de recursos humanos devem ser considerados, o utente, a equipa e a organização, aplicando o teste de Friedman obteve o valor de 13,94, assume papel decisivo a gestão como convergência entre os stakeholders internos e externos, assim a estruturação organizacional depende da articulação entre o ambiente interno e externo Friedberg (1995), Graça (1996), Clegg (1998), Teixeira (1998), Silva (2001). A gestão estratégica implica a análise interna dos recursos e das suas competências, bem como a análise das dinâmicas da envolvente externa, de modo a alcançar a eficiência e eficácia organizacional.

Partilho da ideia de Mezomo (2001) ao considerar que a gestão/administração da qualidade implica um trabalho de equipa e o compromisso de todos os colaboradores.

Quadro 24 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica
gestão de pessoas

3 - Dimensão gestão de recursos humanos		
Sub-Dimensão	Itens	Teste Friedman
3.1 - Gestão de pessoas	Q 119 – Os recursos humanos representam o factor crítico das organizações, mas sem os quais não há competitividade e sucesso organizacional.	16,27
	Q 14 – O SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível estratégico.	14,85
	Q 138 – Na gestão de recursos humanos devem ser considerados, o utente, a equipa e a organização.	13,94
	Q 137 – A gestão estratégica dos recursos humanos visa a utilização total dos recursos humanos disponíveis.	13,27
	Q 121 – A gestão estratégica de recursos humanos influi na produtividade e na eficácia organizacional.	13,20
	Q 126 – A gestão dos recursos humanos implica flexibilidade, coerência, pertinência e adaptação dos recursos.	13,12
	Q 123 – A eficácia organizacional está relacionada com a (s) política (s) de gestão de recursos humanos.	12,96
	Q 90 – O SCD/E fornece dados quantitativos para a determinação das necessidades em recursos humanos.	12,70
	Q 22 – As tecnologias de informação e comunicação influenciam a gestão de recursos humanos.	12,42
	Q 15 – O SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível operacional.	12,77
	Q 106 – A distribuição dos doentes deve ser equitativa e basear-se nas Horas de Cuidados Necessárias.	12,31
	Q 124 – A eficácia organizacional está relacionada com a afectação e locação de recursos humanos.	11,74
	Q 92 – O SCD/E permite orientar a dotação de recursos humanos de enfermagem, das unidades de cuidados e da organização.	11,59
	Q 120 – Os recursos humanos são envolvidos e responsabilizados pelos resultados alcançados no SCD/E.	10,31
	Q 125 – A eficácia organizacional da gestão de recursos humanos, permite colocar a pessoa certa, no local e momento certo.	10,20
	Q 130 – O SCD/E constitui uma metodologia de gestão de recursos humanos proactiva.	11,44
	Q 136 – A gestão estratégica dos recursos humanos visa a articulação e ajustamento entre as pessoas e as necessidades identificadas.	11,31
	Q 93 – O SCD/E fornece dados que podem ser utilizados para a admissão de pessoal de enfermagem.	11,16
	Q 35 – O SCD/E tem contribuído para a melhoria da eficiência na gestão de recursos humanos.	10,44
	Q 79 – A gestão de recursos humanos é baseada no SCD/E, de modo a gerir os recursos humanos de enfermagem que são escassos.	9,38
Q 83 – O SCD/E é compatível com os grandes objectivos de enfermagem e da Organização.	9,35	
Q 105 – Existem instruções para a adequação das Horas de Cuidados Prestadas às Horas de Cuidados Necessárias.	9,05	

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Test Statistics(a)	N	27
	Chi-Square	65,09277028
	Df	22
	Asymp. Sig.	3,82295E-06
	A	Friedman Test

No Quadro 25 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão da qualidade, sub-dimensão desempenho profissional.

Foi valorizado pelos inquiridos que o SCD/E contribui para a melhoria dos registos de enfermagem, aplicando o teste de Friedman obteve o valor de 6,86, o que está em conformidade com os requisitos para a implantação do SCD/E em que os registos tem de ser claros, legíveis, objectivos e em articulação com protocolos, normas e manuais, além do mais foram construídos suportes escritos de informação e efectuadas acções de formação sobre o processo de enfermagem que englobou a apreciação de enfermagem, planeamento de cuidados, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de acordo com o quadro de referências organizacional, o que contribuiu para a melhoria e uniformização dos registos de enfermagem.

Foi ainda referido pelos inquiridos que o SCD/E contribui para a categorização dos doentes, o valor do teste de Friedman foi 6,10. A categorização envolve indicadores críticos de cuidados directos de enfermagem, a soma desses indicadores determina as necessidades em cuidados de enfermagem, ou seja um nível de dependência (independente, ajuda parcial, ajuda total e ajuda total com cuidados especiais). Para cada nível está definido nos manuais de conceitos básicos das valências, um padrão qualitativo para a prestação de cuidados de enfermagem.

Os inquiridos consideraram que a distribuição dos doentes com base nos indicadores do SCD/E, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, o valor do teste de Friedman foi 6,00. Face à escassez de enfermeiros, a sua utilização deve ser optimizada, pelo que se deve avaliar as horas de trabalho e as necessidades efectivas dos doentes, de modo a adequar o pessoal de enfermagem disponível. No entanto é crucial ter presente que o sistema de classificação não resolve o problema da escassez de pessoal, pode permitir a distribuição mais eficiente dos recursos limitados.

Quadro 25 – Análise das respostas dos inquiridos na sub-dimensão analítica
desempenho profissional

3 - Dimensão gestão da qualidade		
Sub-dimensão	Itens	Teste Friedman
3.2 - Desempenho profissional	Q 56 – O SCD/E contribui para a melhoria dos registos de enfermagem.	6,86
	Q 57 – O SCD/E contribui para a categorização dos doentes e para a melhoria dos cuidados de enfermagem.	6,10
	Q 52 – A distribuição dos doentes com base nos indicadores do SCD/E, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.	6,00
	Q 63 – As normas de actuação profissional articulam-se com o SCD/E.	5,25
	Q 67 – O SCD/E permite a uniformização da linguagem de enfermagem.	5,20
	Q 70 – O SCD/E permite avaliar o desempenho dos colaboradores.	4,56
	Q 78 – A avaliação de desempenho dos enfermeiros contempla o SCD/E.	4,31
	Q 65 – O plano de acção da organização e das unidades de cuidados/serviços, do sub-sistema de enfermagem articulam-se com o SCD/E.	3,46
	Q 64 – Os projectos profissionais articulam-se com o SCD/E.	3,22

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

Test Statistics(a)	N	29
	Chi-Square	64,73341375
	Df	8
	Asymp. Sig.	5,44877E-11
	A	Friedman Test

No Quadro 26 apresento os resultados encontrados na dimensão gestão da qualidade, sub-dimensão filosofia organizacional.

Foi valorizado pelos inquiridos que a filosofia da organização pode motivar o empenhamento dos colaboradores, aplicando o teste de Friedman obteve o valor de 2,09.

Cardoso (1995) considera que a gestão estratégica engloba a definição da missão e dos objectivos estratégicos, a análise do ambiente externo (mediato) e do interno (imediato) e a escolha da estratégia.

Tichy, Frombun e Devana expoentes da escola Michigan Business School (MBS), também designada por abordagem contingencial, preconizam que a gestão de pessoas deve ser desenvolvida em conformidade com os objectivos

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

- 2ª Prioridade assinalada foram a operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem e o SCD/E constitui um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados, com 5 registos.

- 3ª Prioridade assinalada pelos inquiridos foi a operacionalização da metodologia científica dos cuidados de enfermagem, com 8 registos.

Assim os inquiridos consideraram que o SCD/E contribui para a organização dos cuidados de enfermagem, através da gestão de recursos; operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem (individual ou por responsável); um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados e contribui para a operacionalização da metodologia científica dos cuidados de enfermagem.

Quadro 28 – Contributos do SCD/E na organização de cuidados de enfermagem

Q 118 - Na organização dos cuidados de enfermagem considera que o SCD/E contribui	Nível de prioridade									Total Registos
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	
Gestão da qualidade dos cuidados de saúde prestados.	2	4	1	5	6	3	1	4	2	28
Operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem.	4	5	5	6	2	1	2	3	0	28
Gestão de recursos humanos das auxiliares de acção médica.	2	1	2	0	1	2	2	5	13	28
Definição do quadro de referências da sua organização.	3	2	0	2	3	4	6	5	3	28
Constitui um indicador para avaliar a gestão da organização.	0	2	5	5	1	2	6	2	5	28
Implementação de impressos específicos para os registos de enfermagem.	1	2	4	4	3	5	3	2	4	28
Gestão de recursos humanos de enfermagem.	15	3	2	1	1	3	2	0	1	28
Constitui um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados.	1	5	1	0	8	5	6	2	0	28
Operacionalização da metodologia científica dos cuidados de enfermagem.	0	4	8	5	3	3	0	5	0	28

Fonte: Inquérito por questionário postal (2005)

camas, adstritas à Administração Regional do Centro e Lisboa e Vale do Tejo e que possuem o SICD/E.

O perfil dos Enfermeiros Directores é predominantemente do género feminino, com uma idade Média de 47,61 anos, sendo o valor da moda 46 anos, possuem como formação académica o grau de licenciado, como formação profissional possuem o Curso de Especialização de Enfermagem ou equivalente em Reabilitação, detêm a categoria profissional de Enfermeiros Supervisores ou Enfermeiros Chefes e exercem as funções de Enfermeiro Director no período que oscila entre 1 a 6 anos.

Verifico que os Enfermeiros, Enfermeiros Graduados, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Supervisores e Enfermeiros Directores globalmente possuem formação na área do SCD/E.

No objectivo **caracterizar a gestão estratégica dos recursos humanos nas Organizações Hospitalares**, os inquiridos consideraram que os recursos humanos representam o factor crítico das organizações, sem os quais não há competitividade e sucesso organizacional (Teste de Friedman 16,27), o SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível estratégico (Teste de Friedman 14,85), na gestão de recursos humanos devem ser considerados, o utente, a equipa e a organização (Teste de Friedman 13,94).

Os inquiridos referiram que o SCD/E contribui para a melhoria dos registos de enfermagem (Teste de Friedman 6,86), que o SCD/E contribui para a categorização dos doentes e para a melhoria dos cuidados de enfermagem (Teste de Friedman 6,10) e que a distribuição dos doentes com base nos indicadores do SCD/E, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Teste de Friedman 6,00).

Referiram também que a filosofia da organização pode motivar o empenhamento dos colaboradores (Teste de Friedman 2,09) e que os valores da organização podem motivar o empenhamento dos colaboradores (Teste de Friedman 2,00).

Relativamente à mobilidade do pessoal de enfermagem com base no SCD/E, 58,1 % inquiridos referiram que não existe mobilidade, relacionado com o facto de: o SCD/E não abranger todos os serviços e de ter sido recentemente implementado na organização; com a ausência de uma política e critérios de

Relativamente aos contributos do SCD/E na organização de cuidados de enfermagem, os inquiridos consideraram por ordem decrescente:

- A gestão de recursos humanos (15 registos),
- A operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem e constitui um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados (5 registos),
- A operacionalização da metodologia científica dos cuidados de enfermagem e constitui um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados (5 registos).

O SCD/E constitui um sistema de informação do subsistema de enfermagem, que permite a tomada de decisão em tempo útil, contribui para a gestão de recursos humanos e de qualidade, podendo ser utilizado para a determinação dos custos da assistência de enfermagem.

No mundo em que vivemos, somos influenciados por um contexto cada vez mais complexo. A informação constitui uma prioridade a nível estratégico, se a quantidade de informação é importante, mais crucial será a qualidade dessa informação, que deve ser coerente e útil estando disponível no tempo, momento e local certo. Ascensão Braga (2000) considera que as organizações estão em *“estado de necessidade de informação permanente, a vários níveis, pelo que a informação constitui o suporte de uma organização e é elemento essencial e indispensável à sua existência. A aceitação deste papel, pelos dirigentes de uma organização, pode ser um factor peremptório para se atingir uma situação de excelência: quem dispõe de informação de boa qualidade, fidedigna, em quantidade adequada e no momento certo, adquire vantagens competitivas mas a falta de informação dá aso a erros e à perda de oportunidades”*. (Braga, 2000:2)

Assim, a gestão do conhecimento *“nas novas sociedades será a gestão hábil e consciente da informação, com obtenção de vantagens competitivas, saber e poder”* (Serrano, 2000: 71).

A excelência no cuidar em enfermagem implica destabilizar o “Status quo” e efectuar a mudança, utilizando a aprendizagem para desencadear a inovação e oportunidades de melhoria.

Valentim (2002) considera que os dados, informação e conhecimento constituem factores de competitividade, sendo essenciais para o processo de tomada de decisão de modo a enfrentar a mudança. As organizações devem

aprender continuamente, assimilar o conhecimento e maximizar a aprendizagem em toda a organização.

A gestão do conhecimento constitui a base do crescimento e desenvolvimento organizacional, constituindo os pilares da mudança, inovação e criatividade nas organizações.

Poderemos afirmar que o SCD/E teve impacto a vários níveis e contribuiu/contribui:

*** Na Gestão de recursos humanos:**

- Definição dos conteúdos funcionais do pessoal de enfermagem.
- Alterações nas fórmulas de dotação de pessoal de enfermagem.
- Afectação de enfermeiros pelas unidades de cuidados/serviços.
- Uniformização dos procedimentos na distribuição da carga de trabalho de enfermagem.
- Adequação dos quadros de pessoal.
- Relacionar indicadores do SCD/E com acidentes e incidentes no local de trabalho.
- Relacionar indicadores do SCD/E com custos.
- Relacionar indicadores do SCD/E para fundamentação de trabalho extraordinário, atribuição do regime de horário acrescido.

*** Na Gestão da qualidade e definição de padrões de qualidade organizacionais:**

- Uniformização dos procedimentos técnicos.
- Implementação de manuais de procedimentos técnicos e outros manuais de serviço.
- Implementação da metodologia científica de organização dos cuidados de enfermagem.
- Implementação da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem (método individual e por responsável).
- Melhoria dos registos de enfermagem.
- Auditoria interna e externa ao planeamento e execução dos cuidados de enfermagem.

*** Na Gestão de recursos materiais:**

- Unidose terapêutica.
- Sistemas alternativos de reposição por níveis e por troca de carros.

*** Na Gestão do conhecimento:**

- Alterações no conteúdo e forma dos registos de enfermagem.
- Uniformização da linguagem de enfermagem.
- Definição de política de formação organizacional.

Face a todas as implicações descritas assumem papel decisivo todos os intervenientes na operacionalização do SCD/E, no entanto realço:

- Liderança inteligente a nível local, regional e central.
- Envolvimento/motivação/responsabilização de todos os actores sociais nas decisões operacionais, táticas e estratégicas.

- Envolvimento das organizações locais, regionais e centrais, na operacionalização, responsabilização e conjugação do conhecimento proporcionado pelo SCD/E, de modo a garantir uma maior articulação entre organizações centrais.

- Formação multiprofissional sobre o SCD/E a enfermeiros, médicos, administradores hospitalares, outros.

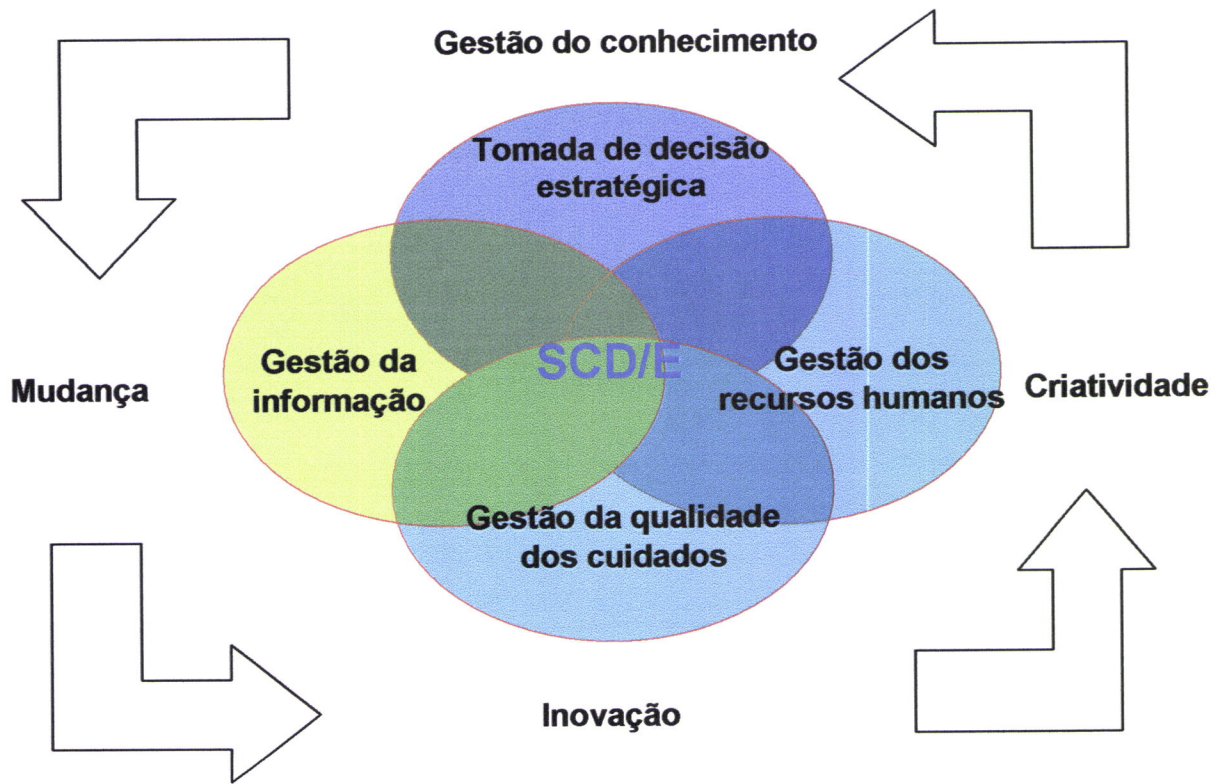
- Divulgação do SCD/E em eventos científicos, através de comunicações a nível nacional e internacional.

O ICN International Council of Nurses (2006) considera que a dotação dos serviços têm impacto no/a:

- Nível de qualidade de cuidados prestados e na segurança dos doentes.
- Saúde ocupacional: a saúde dos enfermeiros.
- Nível de risco profissional.
- Nível de erros e de negligência.
- Nível de concorrência, inovação, mudança, criatividade e competitividade, pois quando as organizações possuem os recursos humanos necessários, estes factores emergem como decisivos no crescimento e desenvolvimento das pessoas e das organizações

Apresento na Figura 16, uma matriz relacionando as dimensões analisadas do SCD/E com a gestão do conhecimento, a mudança, a inovação e a criatividade.

Figura 16 – SCD/E vs gestão do conhecimento/mudança/ inovação e criatividade



7 – RECOMENDAÇÕES PARA UM PROJECTO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

Tendo subjacente os pressupostos do mestrado e as conclusões alcançadas no estudo realizado, defini como objectivos deste projecto de intervenção sócio-organizacional:

- Divulgar o estudo efectuado sobre o SCD/E ao nível dos actores sociais em organizações locais, regionais e nacionais.
- Colaborar na divulgação do SCD/E ao nível das organizações locais, regionais e nacionais.
- Programar e desenvolver estudos de investigação sobre o SCD/E na perspectiva dos utilizadores.

Complementarmente defini um conjunto de áreas (eixos) e respectivas estratégias de intervenção, ao nível da formação, da gestão operacional, nível de Organizações Regionais e Centrais, investigação e dos sistema de informação, que apresento em seguida.

Eixos	Estratégias de Intervenção
Gestão Organizacional	<ul style="list-style-type: none">- Envolvimento e coresponsabilização das organizações face ao IGIF.- Definição da missão e visão das organizações tendo subjacente a politica de gestão eficiente e eficaz de pessoal, relacionada com os indicadores do SCD/E.- Definição de uma politica de gestão por objectivos relacionados com os indicadores do SCD/E.- Definição de uma política e critérios de mobilidade.- Supervisão dos requisitos de operacionalização do SCD/E.- Determinação de critérios intraorganizacionais que permitam a adequação entre as HCN e as HCP.- Envolvimento e coresponsabilização de todos os colaboradores a nível organizacional (operacional/estratégico e organizacional).

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Eixos	Estratégias de Intervenção
Nível Regional e Central	<ul style="list-style-type: none"> - Obrigatoriedade da utilização do Sistema de Classificação de Doentes em todas as organizações. - Cooperação entre os Organismos Centrais na definição de estratégias de operacionalização e desenvolvimento do Sistema de Classificação de Doentes. - Adopção de estratégias entre organismos centrais para análise/discussão e aferição dos resultados obtidos. - Envolvimento da Ordem dos Enfermeiros, das Associações e Sindicatos representativos dos enfermeiros. - Inclusão do Sistema de Classificação de Doentes nos processos de certificação e acreditação das organizações de saúde. - Envolvimento e coresponsabilização entre as organizações e os Conselhos de Administração da Região de Saúde das ARS e vice-versa. - Programação de reuniões dos Enfermeiros Directores por Região de Saúde com as Agências de Contractualização. - Proporcionar reuniões entre Enfermeiros Directores por Região de Saúde. - Construção de Quadros de Classificação de Doentes para áreas específicas: Cardiologia, Psiquiatria, Neonatologia, Cuidados Continuados, Cuidados Intensivos e outros.
Investigação	<ul style="list-style-type: none"> - Estudos de investigação na perspectiva dos utilizadores. - Estudos relacionando as HCN com patologias de modo a determinar os custos dos cuidados de enfermagem. - Elaboração de protocolos de investigação entre organizações de saúde de acordo com a tipologia. - Divulgação a nível local, regional e central dos resultados do estudo. - Divulgação do SCD/E em eventos científicos (nacionais e/ou internacionais) e os resultados alcançados.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Eixos	Estratégias de Intervenção
Formação	- Formação sobre o SCD/E nas Escolas Superiores de Enfermagem e nas Organizações Hospitalares.
	- Divulgação do SCD/E para estudantes da Escola Nacional de Saúde Pública – Cursos de Administração Hospitalar.
	- Participação dos Conselhos de Administração na divulgação/formação sobre o Sistema de Classificação de Doentes aos administradores hospitalares.
	- Cursos sobre a gestão do SCD/E relacionado com tomada de decisão e com a qualidade dos cuidados, para gestores organizacionais.
	- Cursos de formação nas Organizações Hospitalares relacionados com a qualidade de cuidados e tendo por base as notas de não conformidade/observação decorrentes das Auditorias.
	- Cursos de reciclagem e manutenção para todos os colaboradores organizacionais.
	- Formação sobre a compatibilização entre o SCD/E e CIPE.
Sistemas de Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Alargamento da informatização do SCD/E - Concluir a contabilização SCD/E e CIPE

8 – BIBLIOGRAFIA

8.1 – LIVROS, ARTIGOS E RELATÓRIOS DE INVESTIGAÇÃO

ALBARELLO, Luc et al. 1997. Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.

ALMEIDA, João; PINTO, José. 1995. A investigação nas ciências sociais, Lisboa: Editorial Presença.

ANDERSON, Elaine. 1983. “Produtividade em enfermagem”. Texto da preleção proferida no âmbito da acção de formação que decorreu entre 20-21 de Julho, Lisboa: Instituto de Gestão Informática Financeira (não publicado).

ANES, Eugénia. 2000. “Sistemas de classificação de doentes por níveis de dependência”, Nursing. 142: 37-40.

ANGELONI, Maria. 2003. “Elementos intervenientes na tomada de decisão”, Revista Ciência de Ciência da Informação. 1:17-22.

ANSOFF, Igor. 1989. Stratégie de developpement de l`entreprise, Paris: Les Editions d`Organisation.

BAIN, Paul; MANN, Leon; PIROLA-MERLO, Andrew. 2001. “The Relationships Between Team Climate, Innovation, and Performance in Research and Development Teams”, The innovation imperative. 1:55-73.

BARDIN, Laurence. 1977. Análise de conteúdo, Lisboa: Edições 70, LDA.

BARROS, Pita. 1999. “Eficiência e qualidade: mitos e contradições”, <http://barros.fe.unl.pt/textos-saude.html> (consultado em 2005-06-15).

BASRI, Jane. 2001. Translation of innovation systems into industrial policy: the healthcare sector in Australia”, Industry and Innovation. 3: 291-308.

- BELL, Judith. 1997. **Como realizar um projecto de investigação**, Lisboa: Gradiva.
- BERG, Marc. 2001. "Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges", **International Journal of Medical Informatics**. 64:143-156.
- BERNOUX, Philippe. s.d.. **A sociologia das organizações**, Porto: Rés.
- BILHIM, João. 2004. **Gestão estratégica de recursos humanos**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- BISCAIA, José. 2000. "Qualidade em saúde numa perspectiva conceptual", **Revista Qualidade em Saúde**. 0: 6-10.
- BRAGA, Ascensão. 2000. "A gestão da informação", http://www.ipv.pt/millennium/19_arq1.htm (consultado em 2005-08-17).
- CAMPEDELLI (et al). 1987. "O cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira", **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**. 1: 3-15.
- CANONGIA, Carla. 2003. "Mapeamento de inteligência competitiva (IC) e de gestão do conhecimento (GC) no sector da saúde", http://www.encontros-bibli.ufsc.br/bibesp/esp_01/6_canongia.pdf (consultado 2005-08-20).
- CANONGIA, Cláudia; SANTOS, Dalci; ZACKIEWICZ, Mauro. 2004. "Foresight, inteligência competitiva e gestão do conhecimento: instrumentos para a gestão da inovação", <http://www.scielo.br/pdf/gf/v11n2/a09v11n2.pdf> (consultado 2005-08-20).
- CARDOSO, Luís. 1995. **Gestão estratégica das organizações: ao encontro do 3º milénio**, Lisboa: Verbo.

- CARIGNANI, Vania. 1999. "Management of change in health care organisations and human resource role", **European Journal of Radiology**. 33:8-13.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela. 1998. **Metodologia da investigação guia para a auto-aprendizagem**, Lisboa: Universidade Aberta.
- CHIAVENATO, Idalberto. 1999. **Gestão de pessoas – o novo papel dos recursos humanos nas organizações**, Rio de Janeiro: Campus.
- CHIAVENATO, Idalberto. 2002. **Gerenciando pessoas – como transformar gerentes em gestores de pessoas**, São Paulo: Prentice Hall.
- CHIAVENATO, Idalberto. 2003. **Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos – como incrementar talentos na empresa**, São Paulo: Editora Atlas S. A.
- CLEGG, Stewart. 1998. **As organizações modernas**, Oeiras: Celta.
- FERREIRA, J.M. Carvalho; NEVES, José e CAETANO, António. 2001. **Manual de psicossociologia das organizações**, Alfragide: Editora McGraw-Hill.
- FERREIRA, Virgínia. 1986. "O inquérito por questionário na construção da dados sociológicos", in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (orgs), **Metodologia das ciências sociais**, Porto: Afrontamento.
- FILHO, José. 1992. "Sistema de classificação de pacientes – parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem", **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**. 3: 395-404.
- FODDY, William. 1996. **Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários**, Lisboa: Celta Editora.
- FORTIN, Marie. 1999. **O processo de investigação: da concepção à realização**, Loures: Lusociência.

- FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria. 1999. **Princípios de administração para enfermeiros**, Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.
- FRIEDBERG, Erhard. 1995. **O poder e a regra – dinâmicas da acção organizada**, Lisboa: Instituto Piaget.
- GAIDZINSKI, Raquel. 1991. "Dimensionamento de pessoal de enfermagem", in Paulina Kurcgant (coordenadora), **Administração de Enfermagem**, São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA.
- GAUTHIER, Benoîte. 2003. **Investigação Social da problemática à colheita de dados**, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- GHIGLIONE, Rodolphe e MATALON, Benjamin. 2001. **O inquérito – teoria e prática**, Oeiras: Celta Editora.
- GIL, António. 1994. **Administração de recursos humanos um enfoque profissional**, São Paulo: Editora Atlas.
- GIL, António. 1995. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, São Paulo: Editora Atlas.
- GONÇALVES, Ernesto. 1987. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**, São Paulo: Livraria Pioneira e Editora.
- GRAÇA, Luís. 1996. **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica (a)**, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- HILL, Manuela, HILL, Andrew. 2002. **Investigação por Questionário**, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- HOFFMAN, Francês. 1989. **Gestion economica en direccion de enfermeria**, Ediciones Doyma, S.A.: Barcelona.

- IMPERATORI, Emílio. 1994. - "Qualidade dos cuidados de saúde: Uma necessidade. Qualidade dos cuidados, uma necessidade ou seja, porquê qualidade?", *Enfermagem em foco*.15:19-21.
- KETELE, Jean-Marie; ROEGIRES, Xavier. 1999. **Metodologia da recolha de dados**, Lisboa: Instituto Piaget.
- MARCONI, Marina, LAKATOS, Eva. 2003. **Fundamentos de Metodologia Científica**, São Paulo: Editora Atlas S.A.
- MEZOMO, João. 2001. **Gestão da qualidade na saúde – princípios básicos**, Editora Manole Ltda.
- MINTZBERG, Henry. 1995. **Estrutura e dinâmica das organizações**, Publicações Dom Quixote.
- MONTEIRO, Baltazar. 2003. "A gestão da qualidade e a divisão do trabalho da saúde", *Sinais Vitais*. 50:17-22.
- MONTES, J., ALDEGUER, V., FERNANDEZ, J..1997. **Manual de gestión hospitalaria**, Madrid: Mcgraw - Hill - Interamericana.
- MOREIRA, Carlos. 1994. **Planeamento e estratégias da investigação social**, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de ciências Sociais e Políticas.
- MORGAN, Gareth. 1996. **Imagens da organização**, São Paulo: Ed. Atlas.
- PEREIRA, Teresa. 1997. "O enfermeiro gestor – uma perspectiva portuguesa", *Enfermagem*. 8: 33-36.
- PERROCA, Márcia, GAIDZINSKI, Raquel. 1998. "Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento", *Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo*. 2:153-168.

- PERROCA, Márcia, GAIDZINSKI, Raquel. 2002. "Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores – correlação", **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**. 3:245-252.
- PERROCA, Márcia, GAIDZINSKI, Raquel. 2003. "Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificar pacientes – coeficiente Kappa", **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**.1:72-80.
- PISCO, Luís. 2001. "Perspectivas sobre a qualidade na saúde", **Revista Qualidade em Saúde**. 5: 4-6.
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. 1996. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**, Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA.
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc. 2003. **Manual de investigação em ciências sociais**, Lisboa: Gradiva.
- RICHARDSON, Roberto. 1989. **Pesquisa social: métodos e técnicas**, S. Paulo: Atlas.
- RODRIGUES, Vítor. 2000. "O sistema de informação na gestão de recursos humanos", **Sinais Vitais**. 28:29-33.
- RODRIGUES, Luís. 2002. **Compreender os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde**, Lisboa: Edições Colibri.
- SALE, Diana. 1998. **Garantia Da Qualidade Nos Cuidados De Saúde: para os profissionais da equipa de saúde**, Lisboa: PRINCIPIA, Publicações Universitárias e Científicas.
- SANTOS, Sérgio. 1992. "Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos", **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**. 2:137-153.

- SERRANO, António. 2000. "Da informação à gestão do conhecimento", in Francisco Ramos, Carlos da Silva e Noémi Marujo (orgs), **Homenagem ao Professor Augusto da Silva**, Évora: Departamento de Sociologia da Universidade de Évora.
- SERRANO, António, CALDEIRA, Mário, GUERREIRO, António. 2004. **Gestão de sistemas e tecnologias de informação**. Lisboa: FCA – Editora de Informática.
- SILVA, Carlos. 1996. "Centros de Saúde: Cultura Organizacional na encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional. Estudo do Caso de três Centros de Saúde do Distrito de Beja", Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado).
- SILVA, Carlos. 2001. "**(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem. Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**", Évora: Universidade de Évora (Tese de Doutoramento).
- SILVA, Carlos. 2004. **O Labirinto da Enfermagem Participação e Profissionalismo**. Lisboa: Edições Colibri.
- SILVA, Maria et al. 1998. **SICD/E - Sistema informático de classificação de doentes em enfermagem - Manual do utilizador**, Lisboa: IGIF.
- SIMÕES, Helena, SANTOS, Isabel. 2003. **Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) – Reunião de Enfermeiros Auditores Internos do SCD/E**. Évora.
- SNYDER-HALPERN, Rita. 2001. "Indicators of organizational readiness for clinical information technology/systems innovation: a Delphi study", **International Journal of Medical Informatics**. 63:179-204.

- SOUTHON, Gray. 1999 "IT, Change and evaluation: an overview of the role of evaluation in health services". **International Journal of Medical Informatics**. 56:125-133.
- STONER, James; FREEMAN, R. 1995. **Administração**, Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil LTDA.
- TANOS, Maria; MASSAROLLO, Maria; GAIDZINSKI, Raquel. 2000. "Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação do real com o preconizado", **Revista Escola Enfermagem Universitária São Paulo**. 4:376-382.
- TAVARES, António. 1990. **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**, Lisboa: Ministério da Saúde.
- TEIXEIRA, Sebastião. 1998. **Gestão das organizações**, Alfragide: Editora McGraw-Hill.
- TERPSTRA, David; MOHAMED, A; ROZELL, Elizabeth. 1996. "A model of human resource information, practice choice, and organizational outcomes", **Human resource management review**, 1:25-46
- TRIVIÑOS, Augusto. 1990. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**, São Paulo: Editora Atlas.
- VALENTIM, Marta. 2002. "Inteligência Competitiva em Organizações: dado, informação e conhecimento", http://www.dgz.org.br/ago02/F_I_art.htm (Consultado em 2005-04-15).
- VEIGA, Bárbara et (al). 1987 a. "Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem", **Enfermagem**. 10:13-18.

VEIGA, Bárbara et (al). 1987 b. "Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem". Conferência de Investigação em Enfermagem que decorreu entre 29 de Setembro e 2 de Outubro (não publicado).

VEIGA, Bárbara et (al). 1989. "Projecto: Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem – Texto de apoio às acções de formação". Secretaria de Estado da Administração de Saúde (não publicado).

VEIGA, Bárbara; ABRANTES, Ivone. 1996. "O sistema de classificação de doentes em enfermagem no GDH 14 – Doenças Cerebrovasculares ", *Servir*.4:193-198.

VEIGA, Bárbara; SIMÕES, Helena; CAMPOS, Ana. 2000. "Sistema de classificação de doentes em enfermagem", *Boletim Informativo*. 3:14-17.

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

ZORRINHO, Carlos. 1999. "O Mundo virtual". Cadernos de gestão dos sistemas e tecnologias da informação - *Instituto de informática*. 7:32.

8.2 - OUTROS DOCUMENTOS

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA ECONOMIA – INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE. 2000. **ISO 9000 para os serviços de saúde: Guia interpretativo para aplicação da Norma NP EN ISO 9001 a serviços de saúde**. Caparica: IPQ.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1986. Despacho n.º 23/86. Diário da República I Série A n.º 161, (16 de Julho de 1986), p. 6513-6516. (aprova o regime dos Hospitais de nível 1).

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1986. Despacho n.º 32/86. Diário da República I Série A n.º 204, (5 de Setembro de 1986), p. 8322. (aprova o regime dos Hospitais nível 2, 3 e 4).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1990. Lei n.º 48/90. Diário da República I Série A n.º 195, (24 de Agosto de 1990), p. 3451-3459. (aprova a Lei de Bases da Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1991. Decreto-Lei n.º 437/91. Diário da República I Série A n.º 257, (8 de Novembro de 1991), p. 5723-5741. (aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Decreto-Lei n.º 11/93. Diário da República I Série A n.º 12, (15 de Janeiro de 1993), p. 128-134. (aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

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

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. Decreto-Lei n.º 104/98. Diário da República I Série A n.º 93, (21 de Abril de 1998), p. 1739-1757. (criação da Ordem dos Enfermeiros e estatuto).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1998. Decreto-Lei n.º 412/98. Diário da República I Série A n.º 300, (30 de Dezembro de 1998), p. 7257-7264. (procede à reestruturação da Carreira de Enfermagem, instituída pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. Lei n.º 27/02. Diário da República I Série A n.º 258, (8 de Novembro de 2002), p. 7150-7154. (aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar).

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003. Decreto - Lei n.º 11/03. Diário da República I Série A n.º 12, (15 de Janeiro de 2003), p. 129-134. (aprova o estatuto do serviço nacional de saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003. Decreto-Lei n.º 188/03. Diário da República I Série A n.º 191, (20 de Agosto de 2003), p.5218-5230. (regulamenta os artigos 9º e 11º do regime jurídico da gestão hospitalar dos hospitais do sector público administrativo (SPA), aprovado pela Lei n.º 27/02 de 8 de Novembro).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. Decreto-Lei n.º 93/05. Diário da República I Série A n.º 109, (7 de Junho de 2005), p. 3636-3637. (procede à transformação dos hospitais públicos em entidades públicas empresariais - EPE).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. Decreto-Lei n.º 233/05. Diário da República I Série A n.º 109, (29 de Dezembro de 2005), p. 7323-7333. (criação do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - EPE).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. Portaria n.º 281/05. Diário da República I Série A n.º 54, (17 de Março de 2005), p. 2430-2431. (classificação dos Hospitais).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006. Anuário da Saúde, Lisboa: Secretaria Geral do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 1994. **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em medicina e cirurgia.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. 2ª Versão. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 1996 - **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em reabilitação geral de adultos.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 2000 - **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em pediatria.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 2002 - **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em oncologia.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 2004 - **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em obstetria.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 2005a – **Manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 2005b – **Relatório do ano de 2004 – Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE GESTÃO FINANCEIRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (DGFSS). 1984. **Sistema de informação para a gestão e financiamento dos hospitais: Organização e gestão de serviços de enfermagem hospitalares.** Lisboa

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 1986. **Sistema de classificação de doentes. Conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de cuidados.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 1989. **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em cirurgia cardiotorácica.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE GESTÃO (DDSFG). 1991. **Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência de enfermagem em lesões vertebro medulares.** Instituto de Gestão Informática e Financeira. Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE MODERNIZAÇÃO E RECURSOS DA SAÚDE. 2002. **Guia de orientação para cálculo de necessidades de enfermeiros nos hospitais.** Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE. 2001. **Cálculo de necessidades de pessoal de enfermagem.** Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE (IGIF). 2001. **Apresentação do curso: NIGHINTAGE: Pacote Documental 3.3.** Coimbra.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE (IGIF). s/d. Sistema Informático de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem. <http://www.igif.min-saude.pt/default.asp?CpContentId=205> (consultado em 29-08-2005).

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). 2005. Indicadores estatísticos de Saúde, <http://www.oecd.org/dataoecd/44/15/35044328.xls> (consultado em 2005/08/08).

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). 2005. Indicadores estatísticos de Saúde, <http://www.oecd.org/dataoecd/44/18/35044277.xls> (consultado em 2005/08/08).

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO (OCDE). 2005. Indicadores estatísticos de Saúde, <http://www.oecd.org/dataoecd/14/41/35029323.xls> (consultado em 2005/08/08).

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). 2004 a. "Quadro de referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem". *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Suplemento da Revista n.º 13, 4-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) 2004 b. "Condições para o exercício profissional". *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º 14, 9-11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). 2006. *Dotações seguras, salvam vidas: Instrumentos de informação e acção*, Lisboa: DPI – Design, Produção Gráfica e Imagem.

GLOSSÁRIO

Actividade de enfermagem	Entende-se o conjunto de actos físicos, verbais e mentais planificados pelo enfermeiro, executados e avaliados por um ou mais membros da equipa para responder à necessidade específica do doente.
Auditoria	Consiste na análise sistemática e independente com vista a determinar se as actividades e os resultados relativos ao SCD/E satisfazem as disposições pré-estabelecidas, se estas estão efectivamente implementadas e se são adequadas para alcançar os objectivos do SCD/E.
Dados em enfermagem	São dados necessários para documentar os cuidados de enfermagem e a gestão da informação da prática de enfermagem, são termos ou elementos definidos e codificados, necessários para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem, produzem informação de enfermagem e a informação de enfermagem produz conhecimento em enfermagem.
Dotação de pessoal	Consiste numa estimativa da quantidade necessária de recursos humanos, que possibilitem a adequação entre o volume de trabalho (necessidade de assistência de enfermagem) e a força de trabalho (pessoal de enfermagem).
Enfermagem	Consiste na 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 a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os atingir a sua máxima capacidade funcional.
Enfermeiros equivalente a tempo completo (ETC)	Medida para efeitos estatísticos que permite agregar as várias modalidades de horário, resulta da conversão da variação entre HCP-HCN/n.º horas mensais por enfermeiro em regime de trabalho completo – 35 horas/semanais ou seja 140 horas/mensais.

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Gestão do conhecimento	Consiste no conjunto de estratégias para criar, adquirir, partilhar e utilizar activos de conhecimento, bem como estabelecer fluxos que garantam a informação necessária no tempo e formato adequados, a fim de auxiliar na geração de ideias, soluções de problemas e tomada de decisão.
Gestão de recursos humanos	Consiste na articulação e ajustamento entre as pessoas que trabalham na organização e as necessidades estratégicas desta, assegurando a total utilização dos recursos humanos disponíveis.
Horas de Cuidados Necessários (HCN/DI)	Horas de Cuidados Necessários (HCN) / Dia de Internamento (DI) resulta da avaliação do grau de dependência dos doentes relativamente aos cuidados de enfermagem, ou seja, do nível e intensidade dos cuidados de enfermagem a prestar aos doentes.
Horas de Cuidados Prestados (HCP/DI)	HCP / DI – Horas de Cuidados Prestados (HCP) / Dia de Internamento (DI).
Indicador	Instrumento de medida ou forma de quantificar em tempo a necessidades da pessoa em cuidados de enfermagem face à situação clínica.
Intervenções autónomas	Consiste nas acções realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem
Intervenções interdependentes	Entende-se as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Manual de Conceitos Básicos	Documento que estabelece os critérios para a classificação dos doentes, descreve a situação e o procedimento a efectuar para quantificar o tempo para dar resposta às necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem.
Níveis de dependência em cuidados de enfermagem	Entende-se as variantes da realização das actividades de acordo com a complexidade e/ou intensidade dos cuidados necessários ao doente. Foram identificados os níveis de dependência: independente, ajuda parcial, ajuda total e ajuda total com cuidados especiais.
Qualidade	Consiste num conjunto integrado de actividades planeadas, baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
Região de saúde	Consiste numa unidade orgânica de base regional dotada de meios de acção para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, podendo celebrar acordos inter-regionais, quando necessário. São cinco as regiões de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.
Registos de enfermagem	Documentos que fornecem a evidência objectiva sobre a apreciação clínica do doente, o planeamento para a prestação de cuidados, as intervenções, a avaliação dos resultados obtidos e outros relacionados com a actividade de enfermagem.
Serviço Nacional de Saúde	Conjunto de todas as organizações e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde e dependentes do Ministério da Saúde.
Sistema de classificação de doentes	Consiste num sistema de informação para a gestão de recursos dos serviços de enfermagem, baseado na categorização dos doentes por indicadores críticos de acordo com as necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido.

Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes

Sistema de informação	Consiste num sistema por meio do qual os dados são obtidos, processados e transformados em informações, de forma esquematizada e ordenada, para servirem de subsídios ao processo de tomada de decisões.
Sistema de tipo objectivo ou de avaliação por factores	Neste tipo de sistema objectivo identifica-se quais os factores que têm maior impacto no tempo de cuidados de enfermagem requerido.

Anexos

Anexo I

Quadros de Classificação de Doentes (QCD).

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - CIRURGIA/MEDICINA

HOSPITAL _____ NOME _____				DATA			
Nº PROCESSO CLÍNICO <input type="text"/>				RUBRICA			
UNIDADE _____		DIAGNÓSTICO _____		CAMA _____			
ACTIVIDADES SELECIONADAS							
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	3	3	3	3	3	3	3
. Ajuda total	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda total com cuidados especiais	8	8	8	8	8	8	8
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente / dieta zero / por familiar	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total	10	10	10	10	10	10	10
. Sonda nasogástrica / gastrostomia	12	12	12	12	12	12	12
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	0	0	0	0	0	0	0
. Independente com supervisão	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia	10	10	10	10	10	10	10
. Ajuda total 5 - 6 x dia	12	12	12	12	12	12	12
. Ajuda total ≥ 7 x dia	16	16	16	16	16	16	16
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)							
. Independente	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total / incontinente / ostomizado	7	7	7	7	7	7	7
(assinale também, se se aplicar)							
. Algaliado	2	2	2	2	2	2	2
TERAPÉUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	2	2	2	2	2	2	2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia	4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia	4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 5 x dia	8	8	8	8	8	8	8
. Transusão / soro intermitente	3	3	3	3	3	3	3
. Perfusão contínua	4	4	4	4	4	4	4
. Alimentação parentérica	8	8	8	8	8	8	8
. Oxigenoterapia	2	2	2	2	2	2	2
. Inaloterapia	3	3	3	3	3	3	3
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Penso simples	2	2	2	2	2	2	2
. Penso simples a várias lesões	4	4	4	4	4	4	4
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	6	6	6	6	6	6	6
. Penso a lesão aberta 1 x dia	5	5	5	5	5	5	5
. Penso a lesão aberta 2 x dia	10	10	10	10	10	10	10
. Irrigação 1 - 2 x dia	4	4	4	4	4	4	4
. Irrigação ≥ 3 x dia	12	12	12	12	12	12	12
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea	8	8	8	8	8	8	8
. Tricotomia	3	3	3	3	3	3	3
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. T P R 1 - 4 x dia	1	1	1	1	1	1	1
. T P R ≥ 5 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 3 - 4 x dia	3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 5 - 8 x dia	5	5	5	5	5	5	5
. Pressão arterial ≥ 9 x dia	8	8	8	8	8	8	8
. Monitorizado	3	3	3	3	3	3	3
. Sinais neurológicos	3	3	3	3	3	3	3
. Teste rápido de glicémia	3	3	3	3	3	3	3
. Aceteste / glicofita	3	3	3	3	3	3	3
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)							
. Apoio emocional	2	2	2	2	2	2	2
. Ensino programado	3	3	3	3	3	3	3
. Deficiência sensorial não compensada	3	3	3	3	3	3	3
. Doente isolado / imobilizado	3	3	3	3	3	3	3
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)							
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5	5	5	5	5	5	5
TABELA DE CONVERSÃO				Pontos			
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	92 - 95	11,5
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5
				Média / HCN <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - CIRURGIA/MEDICINA

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA						
Nº PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>		RUBRICA						
UNIDADE	DIAGNÓSTICO	CAMA						
ACTIVIDADES SELECIONADAS								
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente								
. Ajuda parcial								
. Ajuda total								
. Ajuda total com cuidados especiais								
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente / dieta zero / por familiar								
. Ajuda parcial								
. Sonda nasogástrica / gastrostomia ≤ 4 x dia								
. Ajuda total								
. Sonda nasogástrica / gastrostomia ≥ 5 x dia								
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente								
. Independente com supervisão								
. Ajuda parcial 1 - 3 x dia								
. Ajuda parcial ≥ 4 x dia								
. Ajuda total 4 x dia								
. Ajuda total 5 - 6 x dia								
. Ajuda total > 6 x dia								
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente								
. Ajuda parcial								
. Ajuda total								
. Incontinente / ostomizado								
(assinale também, se se aplicar)								
. Aliviado(cuidados)								
. Aceteste / glicofita								
TERAPÉUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 5 - 6 x dia								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 7 x dia								
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia								
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia								
. Via parentérica - IM - IV - SC 5 - 6 x dia								
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 7 x dia								
. Transusão / soro intermitente								
. Perfusão contínua								
. Alimentação parentérica								
. Ciclo citostático								
. Oxigenoterapia								
. Inaloterapia								
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Penso simples								
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia								
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia								
. Penso a lesão aberta ou úlceras de decúbito 3º grau 1 x dia								
. Penso a lesão aberta ou úlceras de decúbito 3º grau 2 x dia								
. Irrigação								
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea								
. Aspiração de secreções e cuidados à traqueostomia								
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. TPR 1 - 4 x dia								
. TPR ≥ 5 x dia								
. Pressão arterial 1 - 2 x dia								
. Pressão arterial 3 - 4 x dia								
. Pressão arterial ≥ 5 x dia								
. Doente monitorizado								
. Sinais neurológicos								
. Pós - operatório (nas primeiras 24 horas)								
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Apoio emocional especial - moderado								
. Apoio emocional especial - intenso								
. Ensino específico								
. Deficiência sensorial não compensada								
. Doente isolado								
. Doente imobilizado								
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)								
. Avaliação e actualização do plano de cuidados								
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial								

TABELA DE CONVERSÃO						Pontos	
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	H.C.N.
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	92 - 95	11,5
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5

	Média / HCN <input style="width: 100px;" type="text"/>
--	--

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - OBSTETRÍCIA

HOSPITAL _____ NOME _____						DATA						
N.º PROCESSO CLÍNICO _____												
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____						RUBRICA						
ACTIVIDADES SELECIONADAS												
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS (assinale os níveis que se aplicarem)												
. Independente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Ajuda total	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
. Banho ao recém-nascido	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ALIMENTAÇÃO (assinale os níveis que se aplicarem)												
. Independente/dieta zero	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Ajuda total	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Alimentação do recém-nascido - 1º dia de adaptação à mama	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
. Alimentação do recém-nascido	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível)												
. Independente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
. Independente com supervisão	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial / total	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
ELIMINAÇÃO (assinale os níveis que se aplicarem)												
. Independente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Ajuda total	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Mudança de fralda ao recém-nascido - 1º dia junto da mãe	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Mudança de fralda ao recém-nascido pelo enfermeiro	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Mudança de fralda ao recém-nascido pela mãe	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(assinale também, se se aplicar)												
. Algalhada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TERAPEUTICA (assinale os níveis que se aplicarem)												
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) ≥ 3 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (recém-nascido)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) 1x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) ≥ 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Via parentérica - IM - IV - SC (recém-nascido)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica ID ao recém-nascido	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica por perfusão 1x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Via parentérica por perfusão ≥ 2 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Transusão / soro intermitente	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Perfusão contínua	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
TRATAMENTOS (assinale os níveis que se aplicarem)												
. Penso simples	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Penso complexo	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Fototerapia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Cuidados perineais	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Esvaziamento da mama	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
. Tricotomia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale os níveis que se aplicarem)												
. T P R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial ≥ 3 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Monitorização cardíaca	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Avaliação Cardio-fetal	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Monitorização cardiotocográfica	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
. Avaliação uterina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Toque vaginal	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Teste rápido de glicémia 1 - 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Teste rápido de glicémia ≥ 3 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Teste multiparâmetros na urina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Teste diagnóstico precoce	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Peso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO (assinale os níveis que se aplicarem)												
. Apoio emocional	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Ensino programado	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)												
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TABELA DE CONVERSAO						Pontos						
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN					
1 - 4	1	29 - 33	4	58 - 62	7	87 - 91	10					
5 - 9	1,5	34 - 38	4,5	63 - 67	7,5	92 - 96	10,5					
10 - 14	2	39 - 43	5	68 - 72	8	97 - 101	11					
15 - 19	2,5	44 - 48	5,5	73 - 77	8,5							
20 - 24	3	49 - 52	6	78 - 81	9							
25 - 28	3,5	53 - 57	6,5	82 - 86	9,5							
						H.C.N.						
						Média / HCN <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>						

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - OBSTETRÍCIA (Gêmeos)

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA							
N.º PROCESSO CLÍNICO		RUBRICA							
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____		2ºfilho		2ºfilho		2ºfilho		2ºfilho	
ACTIVIDADES SELECIONADAS									
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS (assinale os níveis que se aplicarem)									
. Independente	1		1		1		1		1
. Ajuda parcial	2		2		2		2		2
. Ajuda total	4		4		4		4		4
. Banho ao recém-nascido	3	3	3	3	3	3	3	3	3
ALIMENTAÇÃO (assinale os níveis que se aplicarem)									
. Independente/dieta zero	1		1		1		1		1
. Ajuda parcial	2		2		2		2		2
. Ajuda total	3		3		3		3		3
. Alimentação do recém-nascido - 1º dia de adaptação à mama	8	8	8	8	8	8	8	8	8
. Alimentação do recém-nascido	6	6	6	6	6	6	6	6	6
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível)									
. Independente	0		0		0		0		0
. Independente com supervisão	1		1		1		1		1
. Ajuda parcial / total	2		2		2		2		2
ELIMINAÇÃO (assinale os níveis que se aplicarem)									
. Independente	1		1		1		1		1
. Ajuda parcial	2		2		2		2		2
. Ajuda total	3		3		3		3		3
. Mudança de fralda ao recém-nascido - 1º dia junto da mãe	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Mudança de fralda ao recém-nascido pelo enfermeiro	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Mudança de fralda ao recém-nascido pela mãe	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(assinale também, se se aplicar)									
. Algalhada	1		1		1		1		1
TERAPÉUTICA (assinale os níveis que se aplicarem)									
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) 1 - 2 x dia	1		1		1		1		1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) ≥ 3 x dia	2		2		2		2		2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (recém-nascido)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) 1x dia	1		1		1		1		1
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) ≥ 2 x dia	2		2		2		2		2
. Via parentérica - IM - IV - SC (recém-nascido)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica ID ao recém-nascido	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via parentérica por perfusão 1x dia	2		2		2		2		2
. Via parentérica por perfusão ≥ 2 x dia	3		3		3		3		3
. Transusão / soro intermitente	2		2		2		2		2
. Perfusão contínua	3		3		3		3		3
TRATAMENTOS (assinale os níveis que se aplicarem)									
. Penso simples	2		2		2		2		2
. Penso complexo	3		3		3		3		3
. Fototerapia	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Cuidados perineais	2		2		2		2		2
. Esvaziamento da mama	5		5		5		5		5
. Tricotomia	1		1		1		1		1
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale os níveis que se aplicarem)									
. T P R	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial ≥ 3 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Monitorização cardíaca	1		1		1		1		1
. Avaliação Cardio-fetal	2		2		2		2		2
. Monitorização cardiotocográfica	4		4		4		4		4
. Avaliação uterina	1		1		1		1		1
. Toque vaginal	2		2		2		2		2
. Teste rápido de glicémia 1 - 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2	2
. Teste rápido de glicémia ≥ 3 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Teste multiparâmetros na urina	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Teste diagnóstico precoce	1	1	1	1	1	1	1	1	1
. Peso	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO (assinale os níveis que se aplicarem)									
. Apoio emocional	3		3		3		3		3
. Ensino programado	5		5		5		5		5
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)									
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	3	3	3	3	3	3	3	3	3
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2	2	2
TABELA DE CONVERSAO									
						Pontos			
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Total pontos	
1 - 4	1	29 - 33	4	58 - 62	7	87 - 91	10		
5 - 9	1,5	34 - 38	4,5	63 - 67	7,5	92 - 96	10,5		
10 - 14	2	39 - 43	5	68 - 72	8	97 - 101	11		
15 - 19	2,5	44 - 48	5,5	73 - 77	8,5				
20 - 24	3	49 - 52	6	78 - 81	9				
25 - 28	3,5	53 - 57	6,5	82 - 86	9,5				
								Média / HCN	[]

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES LESÕES VERTEBRO-MEDULARES

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA						
N.º PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>								
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____		RUBRICA						
ACTIVIDADES SELECIONADAS								
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total		8	8	8	8	8	8	8
. Ajuda total com cuidados especiais		10	10	10	10	10	10	10
ALIMENTAÇÃO (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		5	5	5	5	5	5	5
. Ajuda total		13	13	13	13	13	13	13
ELIMINAÇÃO (Assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Independente		2	2	2	2	2	2	2
. Ajuda parcial ≤ 4 x dia		6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia		8	8	8	8	8	8	8
. Presença contínua ≤ 4 x dia		13	13	13	13	13	13	13
. Presença contínua ≥ 5 x dia		17	17	17	17	17	17	17
. Aliviado		2	2	2	2	2	2	2
. Aliviado intermitente		22	22	22	22	22	22	22
. Volume residual 1 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Volume residual 2 a 5 x dia		9	9	9	9	9	9	9
. Elementos químicos		1	1	1	1	1	1	1
MOBILIDADE (Assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Independente		1	1	1	1	1	1	1
. Mobilização com supervisão		1	1	1	1	1	1	1
. Mobilização com ajuda parcial		2	2	2	2	2	2	2
. Mobilização com ajuda total - parapléjico		3	3	3	3	3	3	3
. Mobilização com ajuda total - tetrapléjico		4	4	4	4	4	4	4
. Transferência com supervisão		2	2	2	2	2	2	2
. Transferência com ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Transferência com ajuda total		7	7	7	7	7	7	7
. Alternância de decúbito com supervisão		2	2	2	2	2	2	2
. Alternância de decúbito com ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Alternância de decúbito com ajuda total		8	8	8	8	8	8	8
. Plano inclinado		5	5	5	5	5	5	5
TRATAMENTOS (Assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Penso simples		2	2	2	2	2	2	2
. Penso complexo		4	4	4	4	4	4	4
. Atmosfera húmida		3	3	3	3	3	3	3
. Aspiração de secreções		4	4	4	4	4	4	4
. Drenagem postural		10	10	10	10	10	10	10
ACTIVIDADES ESPECIAIS (Assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Apoio emocional especial		5	5	5	5	5	5	5
. Ensino programado		10	10	10	10	10	10	10
. Deficiência sensorial não compensada		5	5	5	5	5	5	5
TABELA DE CONVERSAO								Pontos
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	H.C.N.
0 - 5	1,5	31 - 34	5	60 - 64	8,5	90 - 93	12	Média / HCN <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
6 - 9	2	35 - 39	5,5	65 - 68	9	94 - 97	12,5	
10 - 14	2,5	40 - 43	6	69 - 72	9,5	98 - 101	13	
15 - 18	3	44 - 47	6,5	73 - 76	10	102 - 105	13,5	
19 - 22	3,5	48 - 51	7	77 - 80	10,5	106 - 109	14	
23 - 26	4	52 - 55	7,5	81 - 84	11	110 - 113	14,5	
27 - 30	4,5	56 - 59	8	85 - 89	11,5	114 - 118	15	

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - PEDIATRIA

HOSPITAL _____ NOME _____						DATA							
N.º PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>													
UNIDADE		DIAGNÓSTICO			CAMA		RUBRICA						
ACTIVIDADES SELECIONADAS													
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente / por familiar						1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial						2	2	2	2	2	2	2	
. Ajuda total						3	3	3	3	3	3	3	
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente / dieta zero / por familiar						2	2	2	2	2	2	2	
. Ajuda parcial						5	5	5	5	5	5	5	
. Ajuda total						10	10	10	10	10	10	10	
. Biberão 4 - 6 x dia						12	12	12	12	12	12	12	
. Biberão ≥ 7 x dia						20	20	20	20	20	20	20	
. Sonda a débito contínuo / Intermitente (assinale, também, se se aplicar)						17	17	17	17	17	17	17	
. Biberão 1 - 3 x dia						6	6	6	6	6	6	6	
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente / por familiar						0	0	0	0	0	0	0	
. Independente com supervisão						1	1	1	1	1	1	1	
. Ajuda parcial 1 - 4 x dia						2	2	2	2	2	2	2	
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia						7	7	7	7	7	7	7	
. Ajuda total 1 - 4 x dia						4	4	4	4	4	4	4	
. Ajuda total ≥ 5 x dia						11	11	11	11	11	11	11	
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente / por familiar						1	1	1	1	1	1	1	
. Ajuda parcial 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	
. Ajuda parcial ≥ 3 x dia						5	5	5	5	5	5	5	
. Ajuda total 1 - 4 x dia						2	2	2	2	2	2	2	
. Ajuda total ≥ 5 x dia						8	8	8	8	8	8	8	
. Incontinente / Mudança de fralda ≥ 4 x dia (assinale, também, se se aplicar)						5	5	5	5	5	5	5	
. Incontinente / Mudança de fralda 1 - 3 x dia						2	2	2	2	2	2	2	
. Colheita de urina						2	2	2	2	2	2	2	
TERAPÉUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
. Via oral, rectal, aplicações tópicas 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	
. Via oral, rectal, aplicações tópicas 3 - 4 x dia						2	2	2	2	2	2	2	
. Via oral, rectal, aplicações tópicas ≥ 5 x dia						4	4	4	4	4	4	4	
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia						2	2	2	2	2	2	2	
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 3 x dia						5	5	5	5	5	5	5	
. Via parentérica por perfusão 1 - 2 x dia						3	3	3	3	3	3	3	
. Via parentérica por perfusão ≥ 3 x dia						8	8	8	8	8	8	8	
. Transusão / soro intermitente						3	3	3	3	3	3	3	
. Perfusão contínua						11	11	11	11	11	11	11	
. Oxigenoterapia						4	4	4	4	4	4	4	
. Inaloterapia / atmosfera húmida						8	8	8	8	8	8	8	
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
. Penso simples / Pré-operatório						2	2	2	2	2	2	2	
. Penso com dreno / sistema de drenagem / a lesão aberta						4	4	4	4	4	4	4	
. Aparelho gessado						1	1	1	1	1	1	1	
. Tração cutânea						2	2	2	2	2	2	2	
. Aspiração de secreções / drenagem postural						2	2	2	2	2	2	2	
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
. TR 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	
. TR ≥ 3 x dia						3	3	3	3	3	3	3	
. P. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 1 - 2 x dia						1	1	1	1	1	1	1	
. P. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio ≥ 3 x dia						2	2	2	2	2	2	2	
. Monitorizado						3	3	3	3	3	3	3	
. Sinais neurocirculatórios						3	3	3	3	3	3	3	
. Peso						1	1	1	1	1	1	1	
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)													
. Apoio emocional						9	9	9	9	9	9	9	
. Ensino programado						3	3	3	3	3	3	3	
. Criança isolada						3	3	3	3	3	3	3	
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)													
. Avaliação e actualização do plano de cuidados						2	2	2	2	2	2	2	
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial						5	5	5	5	5	5	5	
TABELA DE CONVERSAO								Pontos					
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	H.C.N.					
4 - 7	2	35 - 38	5,5	65 - 68	9	95 - 99	12,5	Média/HCN <input style="width: 80px; height: 40px;" type="text"/>					
8 - 12	2,5	39 - 42	6	69 - 73	9,5	100 - 103	13						
13 - 16	3	43 - 47	6,5	74 - 77	10	104 - 108	13,5						
17 - 21	3,5	48 - 51	7	78 - 81	10,5	109 - 112	14						
22 - 25	4	52 - 55	7,5	82 - 86	11	113 - 116	14,5						
26 - 29	4,5	56 - 60	8	87 - 90	11,5	117 - 121	15						
30 - 34	5	61 - 64	8,5	91 - 94	12								

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES – ORTOPEDIA

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA						
N.º PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>								
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____		RUBRICA						
ACTIVIDADES SELECIONADAS								
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	3	3	3	3	3	3	3	3
. Ajuda total	6	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda total com cuidados especiais	9	9	9	9	9	9	9	9
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente / dieta zero / por familiar	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	4	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total	10	10	10	10	10	10	10	10
. Sonda nasogástrica	12	12	12	12	12	12	12	12
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente	0	0	0	0	0	0	0	0
. Independente com supervisão	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	6	6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda total 5 - 6 x dia	8	8	8	8	8	8	8	8
. Ajuda total ≥ 7 x dia	12	12	12	12	12	12	12	12
(assinale, também, se se aplicar)								
. Actividades assistidas	2	2	2	2	2	2	2	2
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente	1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial	5	5	5	5	5	5	5	5
. Ajuda total / incontinente	7	7	7	7	7	7	7	7
(assinale, também, se se aplicar)								
. Algaliado	2	2	2	2	2	2	2	2
TERAPÉUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia	4	4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2	2
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia	4	4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 5 x dia	8	8	8	8	8	8	8	8
. Transusão / soro intermitente	3	3	3	3	3	3	3	3
. Perfusão contínua	3	3	3	3	3	3	3	3
. Oxigenoterapia	1	1	1	1	1	1	1	1
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Penso simples / pré-operatório	2	2	2	2	2	2	2	2
. Penso simples a várias lesões	4	4	4	4	4	4	4	4
. Penso com dreno ou sistema de drenagem	2	2	2	2	2	2	2	2
. Manutenção de sistema de drenagem	3	3	3	3	3	3	3	3
. Penso a lesão aberta	5	5	5	5	5	5	5	5
. Aparelho gessado	1	1	1	1	1	1	1	1
. Tracção cutânea	2	2	2	2	2	2	2	2
. Irrigação de cavidade natural	3	3	3	3	3	3	3	3
. Irrigação de cavidade não natural / articulação	10	10	10	10	10	10	10	10
. Aplicação de ligaduras - membro inferior	3	3	3	3	3	3	3	3
. Aplicação de ligaduras - membro superior	7	7	7	7	7	7	7	7
. Tricotomia	3	3	3	3	3	3	3	3
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. T P R 1 - 4 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1
. T P R ≥ 5 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 3 - 4 x dia	3	3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial 5 - 8 x dia	5	5	5	5	5	5	5	5
. Pressão arterial ≥ 9 x dia	8	8	8	8	8	8	8	8
. Sinais neurocirculatórios	2	2	2	2	2	2	2	2
. Teste rápido de glicémia	3	3	3	3	3	3	3	3
. Aceteste / glicofita	3	3	3	3	3	3	3	3
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Apoio Emocional	2	2	2	2	2	2	2	2
. Ensino programado	3	3	3	3	3	3	3	3
. Deficiência sensorial não compensada	3	3	3	3	3	3	3	3
. Doente isolado / imobilizado	3	3	3	3	3	3	3	3
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)								
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2	2
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5	5	5	5	5	5	5	5
TABELA DE CONVERSÃO								
								Pontos
								HCN
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	
0 - 3	1	30 - 33	4,5	61 - 64	8	92 - 95	11,5	
4 - 7	1,5	34 - 38	5	65 - 69	8,5	96 - 99	12	
8 - 11	2	39 - 42	5,5	70 - 73	9	100 - 104	12,5	
12 - 16	2,5	43 - 47	6	74 - 77	9,5	105 - 108	13	
17 - 20	3	48 - 51	6,5	78 - 82	10	109 - 113	13,5	
21 - 25	3,5	52 - 55	7	83 - 86	10,5	114 - 117	14	
26 - 29	4	56 - 60	7,5	87 - 91	11	118 - 121	14,5	
								Média / HCN <input style="width: 100px;" type="text"/>

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES REABILITAÇÃO GERAL DE ADULTOS

HOSPITAL _____ NOME _____						DATA							
N.º PROCESSO CLÍNICO <input style="width: 100px;" type="text"/>						RUBRICA							
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____													
ACTIVIDADES SELECCIONADAS													
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente						1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial						5	5	5	5	5	5	5	5
. Ajuda total						9	9	9	9	9	9	9	9
. Ajuda total com cuidados especiais						10	10	10	10	10	10	10	10
ALIMENTAÇÃO (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente						1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial						5	5	5	5	5	5	5	5
. Ajuda total						12	12	12	12	12	12	12	12
ELIMINAÇÃO (Assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)													
. Independente						1	1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial ≤ 5 x dia						4	4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia						5	5	5	5	5	5	5	5
. Ajuda total ≤ 5 x dia						7	7	7	7	7	7	7	7
. Ajuda total ≥ 6 x dia						9	9	9	9	9	9	9	9
. Incontinente						8	8	8	8	8	8	8	8
. Algaliado						2	2	2	2	2	2	2	2
MOBILIDADE (Assinale os níveis que se aplicarem)													
. Independente						1	1	1	1	1	1	1	1
. Mobilização com supervisão						2	2	2	2	2	2	2	2
. Mobilização com ajuda parcial						3	3	3	3	3	3	3	3
. Mobilização com ajuda total - hemiplégico						4	4	4	4	4	4	4	4
. Mobilização com ajuda total - quadriplégico						5	5	5	5	5	5	5	5
. Transferência com supervisão						2	2	2	2	2	2	2	2
. Transferência com ajuda parcial						3	3	3	3	3	3	3	3
. Transferência com ajuda total						4	4	4	4	4	4	4	4
. Alternância de decúbito com supervisão						1	1	1	1	1	1	1	1
. Alternância de decúbito com ajuda parcial						3	3	3	3	3	3	3	3
. Alternância de decúbito com ajuda total						4	4	4	4	4	4	4	4
. Plano inclinado/Posição de pé						4	4	4	4	4	4	4	4
. Actividades terapêuticas						3	3	3	3	3	3	3	3
TRATAMENTOS (Assinale os níveis que se aplicarem)													
. Penso simples						1	1	1	1	1	1	1	1
. Penso complexo						5	5	5	5	5	5	5	5
. Atmosfera húmida						3	3	3	3	3	3	3	3
. Aspiração de secreções						4	4	4	4	4	4	4	4
. Drenagem postural						9	9	9	9	9	9	9	9
. Talas/Ligaduras						2	2	2	2	2	2	2	2
ACTIVIDADES ESPECIAIS (Assinale os níveis que se aplicarem)													
. Apoio emocional especial						5	5	5	5	5	5	5	5
. Ensino programado						10	10	10	10	10	10	10	10
. Deficiência sensorial não compensada						5	5	5	5	5	5	5	5
TABELA DE CONVERSAO													
								Pontos					
								H.C.N.					
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN						
0 - 5	1,5	32 - 35	5,5	62 - 65	9,5	92 - 95	13,5						
6 - 8	2	36 - 38	6	66 - 68	10	96 - 98	14						
9 - 12	2,5	39 - 42	6,5	69 - 72	10,5	99 - 102	14,5						
13 - 16	3	43 - 46	7	73 - 76	11	103 - 106	15						
17 - 20	3,5	47 - 50	7,5	77 - 80	11,5	107 - 110	15,5						
21 - 23	4	51 - 53	8	81 - 83	12	111 - 113	16						
24 - 27	4,5	54 - 57	8,5	84 - 87	12,5	114 - 117	16,5						
28 - 31	5	58 - 61	9	88 - 91	13								
								Média / HCN <input style="width: 100px;" type="text"/>					

QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES - ONCOLOGIA

HOSPITAL _____ NOME _____		DATA						
N.º PROCESSO CLÍNICO <input type="text"/>								
UNIDADE _____ DIAGNÓSTICO _____ CAMA _____		RUBRICA						
ACTIVIDADES SELECIONADAS								
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente/por familiar		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		3	3	3	3	3	3	3
. Ajuda total		6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda total com cuidados especiais		8	8	8	8	8	8	8
ALIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente / dieta zero / por outro		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total		10	10	10	10	10	10	10
. Sonda nasogástrica / gastrostomia		12	12	12	12	12	12	12
MOVIMENTAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		0	0	0	0	0	0	0
. Independente com supervisão		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia		6	6	6	6	6	6	6
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia		10	10	10	10	10	10	10
. Ajuda total 5 - 6 x dia		12	12	12	12	12	12	12
. Ajuda total ≥ 7 x dia		16	16	16	16	16	16	16
ELIMINAÇÃO (assinale um nível - o mais elevado que se aplicar)								
. Independente		1	1	1	1	1	1	1
. Ajuda parcial		4	4	4	4	4	4	4
. Ajuda total / incontinente / ostomizado (assinale também, se se aplicar)		7	7	7	7	7	7	7
. Drenagem de urina		2	2	2	2	2	2	2
TERAPÉUTICA (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia		1	1	1	1	1	1	1
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia		2	2	2	2	2	2	2
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia		4	4	4	4	4	4	4
. Via parentérica - IM - IV - SC - 1 - 3 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Via parentérica - IM - IV - SC - 4 - 6 x dia		6	6	6	6	6	6	6
. Via parentérica - IM - IV - SC - 7 - 9 x dia		10	10	10	10	10	10	10
. Via parentérica - IM - IV - SC - 10 - 12 x dia		14	14	14	14	14	14	14
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 13 x dia		18	18	18	18	18	18	18
. Transusão / soro intermitente		3	3	3	3	3	3	3
. Perfusão contínua		4	4	4	4	4	4	4
. Perfusão contínua múltipla		8	8	8	8	8	8	8
. Oxigenoterapia		2	2	2	2	2	2	2
. Inaloterapia/Atmosfera húmida		3	3	3	3	3	3	3
TRATAMENTOS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Penso simples		2	2	2	2	2	2	2
. Penso simples a várias lesões		4	4	4	4	4	4	4
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Penso com drenos ou sist. drenagem		6	6	6	6	6	6	6
. Penso a lesão aberta 1 x dia		5	5	5	5	5	5	5
. Penso a várias lesões abertas		10	10	10	10	10	10	10
. Irrigação		4	4	4	4	4	4	4
. Aspiração de secreções - oral/nasofaríngea/traqueostoma		8	8	8	8	8	8	8
. Cuidados à traqueostomia		8	8	8	8	8	8	8
. Tricotomia		3	3	3	3	3	3	3
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. T P R 1 - 4 x dia		1	1	1	1	1	1	1
. T P R ≥ 5 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 1 - 2 x dia		1	1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 3 - 4 x dia		3	3	3	3	3	3	3
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 5 - 8 x dia		5	5	5	5	5	5	5
. Monitorizado		3	3	3	3	3	3	3
. Sinais neurológicos/neurocirculatórios		3	3	3	3	3	3	3
. Peso		1	1	1	1	1	1	1
. Teste rápido de glicémia		3	3	3	3	3	3	3
. Teste multiparâmetros na urina		3	3	3	3	3	3	3
ACTIVIDADES ESPECIAIS (assinale todos os níveis que se aplicarem)								
. Apoio emocional especial		2	2	2	2	2	2	2
. Ensino programado		3	3	3	3	3	3	3
. Deficiência sensorial não compensada		3	3	3	3	3	3	3
. Doente isolado / imobilizado		3	3	3	3	3	3	3
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS (assinale um nível)								
. Avaliação e actualização do plano de cuidados		2	2	2	2	2	2	2
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial		5	5	5	5	5	5	5
TABELA DE CONVERSÃO								
								Pontos
								H.C.N.
Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Pontos	HCN	Média / HCN <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
2 - 6	1,5	38 - 41	5,5	73 - 76	9,5	108 - 111	13,5	
7 - 10	2	42 - 45	6	77 - 81	10	112 - 116	14	
11 - 15	2,5	46 - 50	6,5	82 - 85	10,5	117 - 120	14,5	
16 - 19	3	51 - 54	7	86 - 89	11	121 - 125	15	
20 - 23	3,5	55 - 59	7,5	90 - 94	11,5	126 - 129	15,5	
24 - 28	4	60 - 63	8	95 - 98	12	130 - 133	16	
29 - 32	4,5	64 - 67	8,5	99 - 103	12,5			
33 - 37	5	68 - 72	9	104 - 107	13			

Anexo II

Resumo diário de classificação de doentes por serviço/unidade de cuidados.



SCD/E		RESUMO DIÁRIO DA CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES POR UNIDADE DE INTERNAMENTO			
HOSPITAL		UNIDADE		DATA __/__/__	
CAMA	HCN	Rubrica Enf ^o Classificador	CAMA	HCN	Rubrica Enf ^o Classificador
			Sub-total		
N.º de admissões / transferências programadas para as próximas 24H					
_____ x 1H				+	
N.º de Partos previstos para as próximas 24H					
_____ x 1H				+	
Doentes que necessitam de ser acompanhados nas deslocações					
_____ x 2H	_____ x 4H	_____ x 6H	_____ x 8H	+	
_____ x 10H	_____ x 12H	_____ x 14H			
			Sub-total		
N.º de altas / transferências programadas para as próximas 24H					
_____ x 1H				-	
			TOTAL		
O Enf ^o Chefe					

**Fundamentos para a gestão estratégica na saúde:
A enfermagem – O caso do sistema de classificação de doentes**

Anexo III

Relatório diário de horas de cuidados de enfermagem.



SCD/E		RELATÓRIO DIÁRIO DE HORAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
HOSPITAL	UNIDADE	DATA ___/___/___	
HORAS DE CUIDADOS NECESSÁRIAS NA CLASSIFICAÇÃO DO DIA ANTERIOR		AAM	
<input type="text"/>			
HORAS DE CUIDADOS PRESTADOS NAS ÚLTIMAS 24H		HORAS DE APOIO UTILIZADAS NAS ÚLTIMAS 24H	
Turno da Tarde _____		Turno da Tarde _____	
Turno da Noite _____		Turno da Noite _____	
Turno da Manhã _____		Turno da Manhã _____	
TOTAL	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
N.º DE DOENTES/CLIENTES EXISTENTES			
<input type="text"/>			
HORAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NECESSÁRIAS NAS PRÓXIMAS 24H		AAM	
<input type="text"/>			
HORAS DE ENFERMAGEM DISPONÍVEIS NAS PRÓXIMAS 24H		HORAS DE APOIO DISPONÍVEIS NAS PRÓXIMAS 24H	
Turno da Tarde _____		Turno da Tarde _____	
Turno da Noite _____		Turno da Noite _____	
Turno da Manhã _____		Turno da Manhã _____	
TOTAL	<input type="text"/>	TOTAL	<input type="text"/>
VARIAÇÃO (HED - HCN)	<input type="text"/>		
COMENTÁRIOS:			
Assinatura do Enf.º Chefe:			
Data da recepção do Enf.º Supervisor: ___/___/___		Rubrica:	
Data da recepção do Enf.º Director: ___/___/___		Rubrica:	

Anexo IV

Relatório diário de utilização de pessoal de enfermagem por serviço/unidade de cuidados.



SCD/E		RELATÓRIO DIÁRIO DE UTILIZAÇÃO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM POR UNIDADE DE INTERNAMENTO						
HOSPITAL		UNIDADE				DATA ___/___/___		
Dia	Nº Docentes/Dias Internamento	HCN	HCP	VARIAÇÃO HCN	HCP	HCN / DI	HCP / DI	% Utilização
1				0,00				
2				0,00				
3				0,00				
4				0,00				
5				0,00				
6				0,00				
7				0,00				
8				0,00				
9				0,00				
10				0,00				
11				0,00				
12				0,00				
13				0,00				
14				0,00				
15				0,00				
16				0,00				
17				0,00				
18				0,00				
19				0,00				
20				0,00				
21				0,00				
22				0,00				
23				0,00				
24				0,00				
25				0,00				
26				0,00				
27				0,00				
28				0,00				
29				0,00				
30				0,00				
31				0,00				
Total/Médias	0	0	0	0,00		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
VARIAÇÃO EM ETC				#DIV/0!				

Valores corrigidos considerando as Horas de Apoio Utilizadas de AAM(HAU)

Total HAU		HCP corrigido	0	Varição corrigida	0,00
HCP/DI corrigido	#DIV/0!	% Utilização corrigida	#DIV/0!		
Horas de Apoio Estimadas	-	HCP/DI Estimadas	#DIV/0!	% Utilização estimada	#DIV/0!

Assinatura do Administrativo _____ Assinatura Enfº Director _____ DATA: / /

Anexo V

Relatório mensal de utilização de pessoal de enfermagem.

Anexo VI

Quadros de auditoria interna.

QUADRO DE AUDITORIA INTERNA - CIRURGIA/MEDICINA

HOSPITAL	Nº Processo																							
	Nome																							
	Cama																							
SERVIÇO/UNIDADE	Data		H:		H:		H:		H:		H:		H:											
ACTIVIDADES SELECCIONADAS	E	AI	Desvio		E	AI	Desvio		E	AI	Desvio		E	AI	Desvio									
			Pts	Nº			Pts	Nº			Pts	Nº			Pts	Nº								
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS																								
. Independente	1	1			1	1			1	1			1	1										
. Ajuda parcial	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Ajuda total	7	7			7	7			7	7			7	7										
. Ajuda total com cuidados especiais	8	8			8	8			8	8			8	8										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
ALIMENTAÇÃO																								
. Independente / dieta zero / por familiar	1	1			1	1			1	1			1	1										
. Ajuda parcial	5	5			5	5			5	5			5	5										
. Sonda nasogástrica / gastrostomia ≤ 4 x dia	6	6			6	6			6	6			6	6										
. Ajuda total	10	10			10	10			10	10			10	10										
. Sonda nasogástrica / gastrostomia > 5 x dia	12	12			12	12			12	12			12	12										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
MOVIMENTAÇÃO																								
. Independente	0	0			0	0			0	0			0	0										
. Independente com supervisão	1	1			1	1			1	1			1	1										
. Ajuda parcial 1 - 3 x dia	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Ajuda parcial ≥ 4 x dia	6	6			6	6			6	6			6	6										
. Ajuda total 4 x dia	10	10			10	10			10	10			10	10										
. Ajuda total 5 - 6 x dia	12	12			12	12			12	12			12	12										
. Ajuda total > 6 x dia	17	17			17	17			17	17			17	17										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
ELIMINAÇÃO																								
. Independente	1	1			1	1			1	1			1	1										
. Ajuda parcial	4	4			4	4			4	4			4	4										
. Ajuda total	7	7			7	7			7	7			7	7										
. Incontinente / ostomizado	7	7			7	7			7	7			7	7										
. Alagado(cuidados)	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Aceteste / glicofila	4	4			4	4			4	4			4	4										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
TERAPÉUTICA																								
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	1	1			1	1			1	1			1	1										
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 5 - 6 x dia	4	4			4	4			4	4			4	4										
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. Tópicas ≥ 7 x dia	5	5			5	5			5	5			5	5										
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia	4	4			4	4			4	4			4	4										
. Via parentérica - IM - IV - SC 5 - 6 x dia	7	7			7	7			7	7			7	7										
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 7 x dia	11	11			11	11			11	11			11	11										
. Transusão / soro intermitente	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Perfusão contínua	4	4			4	4			4	4			4	4										
. Alimentação parentérica	8	8			8	8			8	8			8	8										
. Ciclo citostático	11	11			11	11			11	11			11	11										
. Oxigenoterapia	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Inaloterapia	3	3			3	3			3	3			3	3										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
TRATAMENTOS																								
. Penso simples	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	7	7			7	7			7	7			7	7										
. Penso a lesão aberta ou úlceras de decúbito de 3º grau 1 x dia	5	5			5	5			5	5			5	5										
. Penso a lesão aberta ou úlceras de decúbito de 3º grau 2 x dia	10	10			10	10			10	10			10	10										
. Irrigação	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea	5	5			5	5			5	5			5	5										
. Aspiração de secreções e cuidados à traqueostomia	8	8			8	8			8	8			8	8										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES																								
. T P R 1 - 4 x dia	1	1			1	1			1	1			1	1										
. T P R ≥ 5 x dia	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1			1	1			1	1			1	1										
. Pressão arterial 3 - 4 x dia	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Pressão arterial ≥ 5 x dia	5	5			5	5			5	5			5	5										
. Doente monitorizado	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Sinais neurológicos	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Pós-operatório (nas primeiras 24 horas)	13	13			13	13			13	13			13	13										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
ACTIVIDADES ESPECIAIS																								
. Apoio emocional especial - moderado	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Apoio emocional especial - intenso	5	3			5	3			5	3			5	3										
. Ensino especial	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Deficiência sensorial não compensada	3	3			3	3			3	3			3	3										
. Doente isolado	4	4			4	4			4	4			4	4										
. Doente imobilizado	4	4			4	4			4	4			4	4										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS																								
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2			2	2			2	2			2	2										
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5	5			5	5			5	5			5	5										
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total											
Legenda: H - Hora da AI; Pts - Pontos DGH/SCD/87/112V3 - AI																								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;">Somatório</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Desvio de somatório</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Desvios</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Rubrica</td> </tr> </table>																		Somatório		Desvio de somatório		Total Desvios		Rubrica
	Somatório																							
	Desvio de somatório																							
	Total Desvios																							
	Rubrica																							

QUADRO DE AUDITORIA INTERNA - OBSTETRÍCIA

HOSPITAL	Nº Processo																	
	Nome																	
	Cama																	
SERVIÇO/UNIDADE	Data		H:		H:		H:		H:		H:							
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	AI	Desvio Pts	Nº	E	AI	Desvio Pts	Nº	E	AI	Desvio Pts	Nº	E	AI	Desvio Pts	Nº
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS																		
. Independente			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Ajuda total			4	4			4	4			4	4			4	4		
. Banho ao recém-nascido			3	3			3	3			3	3			3	3		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ALIMENTAÇÃO																		
. Independente/dieta zero			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Ajuda total			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Alimentação do recém-nascido - 1º dia de adaptação à mama			8	8			8	8			8	8			8	8		
. Alimentação do recém-nascido			6	6			6	6			6	6			6	6		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
MOVIMENTAÇÃO																		
. Independente			0	0			0	0			0	0			0	0		
. Independente com supervisão			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial / total			2	2			2	2			2	2			2	2		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ELIMINAÇÃO																		
. Independente			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Ajuda total			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Mudança de fralda ao recém-nascido - 1º dia junto da mãe			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Mudança de fralda ao recém-nascido pelo enfermeiro			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Mudança de fralda ao recém-nascido pela mãe			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Algaliada			1	1			1	1			1	1			1	1		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
TERAPÉUTICA																		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) 1 - 2 x dia			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) ≥ 3 x dia			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (recém-nascido)			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) 1 x dia			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) ≥ 2 x dia			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Via parentérica - IM - IV - SC (recém-nascido)			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Via parentérica ID ao recém-nascido			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Via parentérica por perfusão 1 x dia			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Via parentérica por perfusão ≥ 2 x dia			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Transfusão / soro intermitente			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Perfusão contínua			3	3			3	3			3	3			3	3		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
TRATAMENTOS																		
. Penso simples			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Penso complexo			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Fototerapia			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Cuidados perineais			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Esvaziamento da mama			5	5			5	5			5	5			5	5		
. Tricotomia			1	1			1	1			1	1			1	1		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES																		
. T P R			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Pressão arterial 1 - 2 x dia			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Pressão arterial ≥ 3 x dia			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Monitorização cardíaca			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Avaliação cardíaco-fetal			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Monitorização cardiotocográfica			4	4			4	4			4	4			4	4		
. Avaliação uterina			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Toque vaginal			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Teste rápido de glicémia 1 - 2 x dia			2	2			2	2			2	2			2	2		
. Teste rápido de glicémia ≥ 3 x dia			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Teste multiparâmetros na urina			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Teste diagnóstico precoce			1	1			1	1			1	1			1	1		
. Peso			1	1			1	1			1	1			1	1		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO																		
. Apoio emocional			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Ensino programado			5	5			5	5			5	5			5	5		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS																		
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial			3	3			3	3			3	3			3	3		
. Avaliação e actualização do plano de cuidados			2	2			2	2			2	2			2	2		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			

Legenda: H - Hora da AI; Pts - Pontos
IGIFISCD/03/M40/V2 - AI

Somatório	
Desvio de somatório	
Total Desvios	
Rubrica	

QUADRO DE AUDITORIA INTERNA - OBSTETRÍCIA (Gêmeos)

HOSPITAL	Nº Processo																	
	Nome																	
	Cama		H:				H:											
SERVIÇO/UNIDADE	Data		Desvio		Desvio		Desvio		Desvio									
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	2º fil	AI	Pts	Nº	E	2º fil	AI	Pts	Nº	E	2º fil	AI	Pts	Nº	
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS																		
. Independente			1		1				1		1				1		1	
. Ajuda parcial			2		2				2		2				2		2	
. Ajuda total			4		4				4		4				4		4	
. Banho ao recém-nascido			3	3	3	3			3	3	3	3			3	3	3	3
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
ALIMENTAÇÃO																		
. Independente/dieta zero			1		1				1		1				1		1	
. Ajuda parcial			2		2				2		2				2		2	
. Ajuda total			3		3				3		3				3		3	
. Alimentação do recém-nascido - 1º dia de adaptação à mama			8	8	8	8			8	8	8	8			8	8	8	8
. Alimentação do recém-nascido			6	6	6	6			6	6	6	6			6	6	6	6
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
MOVIMENTAÇÃO																		
. Independente			0		0				0		0				0		0	
. Independente com supervisão			1		1				1		1				1		1	
. Ajuda parcial / total			2		2				2		2				2		2	
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
ELIMINAÇÃO																		
. Independente			1		1				1		1				1		1	
. Ajuda parcial			2		2				2		2				2		2	
. Ajuda total			3		3				3		3				3		3	
. Mudança de fralda ao recém-nascido - 1º dia junto da mãe			3	3	3	3			3	3	3	3			3	3	3	3
. Mudança de fralda ao recém-nascido pelo enfermeiro			2	2	2	2			2	2	2	2			2	2	2	2
. Mudança de fralda ao recém-nascido pela mãe			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Algalhada			1		1				1		1				1		1	
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
TERAPÉUTICA																		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) 1 - 2 x dia			1		1				1		1				1		1	
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) ≥ 3 x dia			2		2				2		2				2		2	
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (recém-nascido)			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) 1 x dia			1		1				1		1				1		1	
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) ≥ 2 x dia			2		2				2		2				2		2	
. Via parentérica - IM - IV - SC (recém-nascido)			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Via parentérica ID ao recém-nascido			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Via parentérica por perfusão 1 x dia			2		2				2		2				2		2	
. Via parentérica por perfusão ≥ 2 x dia			3		3				3		3				3		3	
. Transusão / soro intermitente			2		2				2		2				2		2	
. Perfusão contínua			3		3				3		3				3		3	
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
TRATAMENTOS																		
. Penso simples			2		2				2		2				2		2	
. Penso complexo			3		3				3		3				3		3	
. Fototerapia			3	3	3	3			3	3	3	3			3	3	3	3
. Cuidados perineais			2		2				2		2				2		2	
. Esvaziamento da mama			5		5				5		5				5		5	
. Tricotomia			1		1				1		1				1		1	
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES																		
. T P R			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Pressão arterial 1 - 2 x dia			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Pressão arterial ≥ 3 x dia			2	2	2	2			2	2	2	2			2	2	2	2
. Monitorização cardíaca			1		1				1		1				1		1	
. Avaliação cardio-fetal			2		2				2		2				2		2	
. Monitorização cardiotocográfica			4		4				4		4				4		4	
. Avaliação uterina			1		1				1		1				1		1	
. Toque vaginal			2		2				2		2				2		2	
. Teste rápido de glicémia 1 - 2 x dia			2	2	2	2			2	2	2	2			2	2	2	2
. Teste rápido de glicémia ≥ 3 x dia			3	3	3	3			3	3	3	3			3	3	3	3
. Teste multiparâmetros na urina			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Teste diagnóstico precoce			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
. Peso			1	1	1	1			1	1	1	1			1	1	1	1
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO																		
. Apoio emocional			3		3				3		3				3		3	
. Ensino programado			5		5				5		5				5		5	
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS																		
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial			3	3	3	3			3	3	3	3			3	3	3	3
. Avaliação e actualização do plano de cuidados			2	2	2	2			2	2	2	2			2	2	2	2
Sub-total							Sub-total				Sub-total							
Legenda: H - Hora da AI; Pts - Pontos; 2º fil - 2º filho IGIF/SCD/03/M40 - AN/2 - AI																		
Somatório																		
Desvio de somatório																		
Total Desvios																		
Rubrica																		

QUADRO DE AUDITORIA INTERNA LESÕES VERTEBRO-MEDULARES

HOSPITAL	Nº Processo															
	Nome															
	Cama															
SERVIÇO/UNIDADE	Data		H:		H:		H:		H:		H:		H:			
ACTIVIDADES SELECCIONADAS	E	AI	Desvio Pts Nº		E	AI	Desvio Pts Nº		E	AI	Desvio Pts Nº		E	AI	Desvio Pts Nº	
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS																
. Independente	1	1			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial	4	4			4	4			4	4			4	4		
. Ajuda total	8	8			8	8			8	8			8	8		
. Ajuda total com cuidados especiais	10	10			10	10			10	10			10	10		
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ALIMENTAÇÃO																
. Independente	1	1			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial	5	5			5	5			5	5			5	5		
. Ajuda total	13	13			13	13			13	13			13	13		
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ELIMINAÇÃO																
. Independente	2	2			2	2			2	2			2	2		
. Ajuda parcial ≤ 4 x dia	6	6			6	6			6	6			6	6		
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia	8	8			8	8			8	8			8	8		
. Presença contínua ≤ 4 x dia	13	13			13	13			13	13			13	13		
. Presença contínua ≥ 5 x dia	17	17			17	17			17	17			17	17		
. Algaliado	2	2			2	2			2	2			2	2		
. Algaliado Intermitente	22	22			22	22			22	22			22	22		
. Volume residual 1 x dia	3	3			3	3			3	3			3	3		
. Volume residual 2 a 5 x dia	9	9			9	9			9	9			9	9		
. Elementos Químicos	1	1			1	1			1	1			1	1		
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
MOBILIDADE																
. Independente	1	1			1	1			1	1			1	1		
. Mobilização com supervisão	1	1			1	1			1	1			1	1		
. Mobilização com ajuda parcial	2	2			2	2			2	2			2	2		
. Mobilização com ajuda total - paraplégico	3	3			3	3			3	3			3	3		
. Mobilização com ajuda total - tetraplégico	4	4			4	4			4	4			4	4		
. Transferência com supervisão	2	2			2	2			2	2			2	2		
. Transferência com ajuda parcial	4	4			4	4			4	4			4	4		
. Transferência com ajuda total	7	7			7	7			7	7			7	7		
. Alternância de decúbito com supervisão	2	2			2	2			2	2			2	2		
. Alternância de decúbito com ajuda parcial	4	4			4	4			4	4			4	4		
. Alternância de decúbito com ajuda total	8	8			8	8			8	8			8	8		
. Plano inclinado	5	5			5	5			5	5			5	5		
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
TRATAMENTOS																
. Penso simples	2	2			2	2			2	2			2	2		
. Penso complexo	4	4			4	4			4	4			4	4		
. Atmosfera húmida	3	3			3	3			3	3			3	3		
. Aspiração de secreções	4	4			4	4			4	4			4	4		
. Drenagem postural	10	10			10	10			10	10			10	10		
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ACTIVIDADES ESPECIAIS																
. Apoio emocional especial	5	5			5	5			5	5			5	5		
. Ensino programado	10	10			10	10			10	10			10	10		
. Deficiência sensorial não compensada	5	5			5	5			5	5			5	5		
	Sub-total				Sub-total				Sub-total				Sub-total			
Legenda: H - Hora da AI; Pts - Pontos sigss/CMR/SCD/91/M15/V3 - AI																
Somatório																
Desvio de somatório																
Total Desvios																
Rubrica																

QUADRO DE AUDITORIA INTERNA - PEDIATRIA

HOSPITAL	Nº Processo													
	Nome													
	Cama													
SERVIÇO/UNIDADE	Data		H:		H:		H:		H:		H:			
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	AI	Desvio Pts Nº	E	AI	Desvio Pts Nº	E	AI	Desvio Pts Nº	E	AI	Desvio Pts Nº
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS														
. Independente / por familiar			1	1		1	1		1	1		1	1	
. Ajuda parcial			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Ajuda total			3	3		3	3		3	3		3	3	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
ALIMENTAÇÃO														
. Independente / dieta zero / por familiar			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Ajuda parcial			5	5		5	5		5	5		5	5	
. Ajuda total			10	10		10	10		10	10		10	10	
. Biberão 4 - 6 x dia			12	12		12	12		12	12		12	12	
. Biberão ≥ 7 x dia			20	20		20	20		20	20		20	20	
. Sonda a débito contínuo / intermitente			17	17		17	17		17	17		17	17	
. Biberão 1 - 3 x dia			6	6		6	6		6	6		6	6	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
MOVIMENTAÇÃO														
. Independente / por familiar			0	0		0	0		0	0		0	0	
. Independente com supervisão			1	1		1	1		1	1		1	1	
. Ajuda parcial 1 - 4 x dia			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia			7	7		7	7		7	7		7	7	
. Ajuda total 1 - 4 x dia			4	4		4	4		4	4		4	4	
. Ajuda total ≥ 5 x dia			11	11		11	11		11	11		11	11	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
ELIMINAÇÃO														
. Independente / por familiar			1	1		1	1		1	1		1	1	
. Ajuda parcial 1 - 2 x dia			1	1		1	1		1	1		1	1	
. Ajuda parcial ≥ 3 x dia			5	5		5	5		5	5		5	5	
. Ajuda total 1 - 4 x dia			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Ajuda total ≥ 5 x dia			8	8		8	8		8	8		8	8	
. Incontinente / Mudança de fralda ≥ 4 x dia			5	5		5	5		5	5		5	5	
. Incontinente / Mudança de fralda 1 - 3 x dia			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Colheita de urina			2	2		2	2		2	2		2	2	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
TERAPÉUTICA														
. Via oral, rectal, aplicações tópicas 1 - 2 x dia			1	1		1	1		1	1		1	1	
. Via oral, rectal, aplicações tópicas 3 - 4 x dia			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Via oral, rectal, aplicações tópicas ≥ 5 x dia			4	4		4	4		4	4		4	4	
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 3 x dia			5	5		5	5		5	5		5	5	
. Via parentérica por perfusão 1 - 2 x dia			3	3		3	3		3	3		3	3	
. Via parentérica por perfusão ≥ 3 x dia			8	8		8	8		8	8		8	8	
. Transfusão / soro intermitente			3	3		3	3		3	3		3	3	
. Perfusão contínua			11	11		11	11		11	11		11	11	
. Oxigenoterapia			4	4		4	4		4	4		4	4	
. Inaloterapia / atmosfera húmida			8	8		8	8		8	8		8	8	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
TRATAMENTOS														
. Penso simples / Pré-operatório			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Penso com dreno / sistema de drenagem / a lesão aberta			4	4		4	4		4	4		4	4	
. Aparelho gessado			1	1		1	1		1	1		1	1	
. Tração cutânea			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Aspiração de secreções / drenagem postural			2	2		2	2		2	2		2	2	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES														
. T.R. 1 - 2 x dia			1	1		1	1		1	1		1	1	
. T.R. ≥ 3 x dia			3	3		3	3		3	3		3	3	
. P. Pressão arterial e/ou Saturação de oxigénio 1 - 2 x dia			1	1		1	1		1	1		1	1	
. P. Pressão arterial e/ou Saturação de oxigénio ≥ 3 x dia			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Monitorizado			3	3		3	3		3	3		3	3	
. Sinais neurocirculatórios			3	3		3	3		3	3		3	3	
. Peso			1	1		1	1		1	1		1	1	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
ACTIVIDADES ESPECIAIS														
. Apoio emocional			9	9		9	9		9	9		9	9	
. Ensino programado			3	3		3	3		3	3		3	3	
. Criança isolada			3	3		3	3		3	3		3	3	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS														
. Avaliação e actualização do plano de cuidados			2	2		2	2		2	2		2	2	
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial			5	5		5	5		5	5		5	5	
			Sub-total			Sub-total			Sub-total			Sub-total		
Legenda: H - Hora da AI; Pts - Pontos GIFI/SCD/84/M18/V4 - AI														
			Somatório											
			Desvio de somatório											
			Total Desvios											
			Rubrica											

QUADRO DE AUDITORIA INTERNA - ONCOLOGIA

HOSPITAL	Nº Processo													
	Nome	Camã												
SERVIÇO/UNIDADE	Data		H:		H:		H:		H:		H:			
ACTIVIDADES SELECCIONADAS			E	AI	Desvio Pts	Nº	E	AI	Desvio Pts	Nº	E	AI	Desvio Pts	Nº
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS														
. Independente/por familiar			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial			3	3			3	3			3	3		
. Ajuda total			6	6			6	6			6	6		
. Ajuda total com cuidados especiais			8	8			8	8			8	8		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ALIMENTAÇÃO														
. Independente / dieta zero / por outro			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial			4	4			4	4			4	4		
. Ajuda total			10	10			10	10			10	10		
. Sonda nasogástrica / gastrostomia			12	12			12	12			12	12		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
MOVIMENTAÇÃO														
. Independente			0	0			0	0			0	0		
. Independente com supervisão			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia			6	6			6	6			6	6		
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia			10	10			10	10			10	10		
. Ajuda total 5 - 6 x dia			12	12			12	12			12	12		
. Ajuda total ≥ 7 x dia			16	16			16	16			16	16		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ELIMINAÇÃO														
. Independente			1	1			1	1			1	1		
. Ajuda parcial			4	4			4	4			4	4		
. Ajuda total / incontinente / ostomizado			7	7			7	7			7	7		
. Drenagem de urina			2	2			2	2			2	2		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
TERAPÉUTICA														
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia			1	1			1	1			1	1		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia			2	2			2	2			2	2		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia			4	4			4	4			4	4		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 1 - 3 x dia			3	3			3	3			3	3		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 4 - 6 x dia			6	6			6	6			6	6		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 7 - 9 x dia			10	10			10	10			10	10		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 10 - 12 x dia			14	14			14	14			14	14		
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 13 x dia			18	18			18	18			18	18		
. Transusão / soro intermitente			3	3			3	3			3	3		
. Perfusão contínua			4	4			4	4			4	4		
. Perfusão contínua múltipla			8	8			8	8			8	8		
. Oxigenoterapia			2	2			2	2			2	2		
. Inaloterapia/Atmosfera húmida			3	3			3	3			3	3		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
TRATAMENTOS														
. Penso simples			2	2			2	2			2	2		
. Penso simples a várias lesões			4	4			4	4			4	4		
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia			3	3			3	3			3	3		
. Penso com drenos ou sist. drenagem			6	6			6	6			6	6		
. Penso a lesão aberta 1 x dia			5	5			5	5			5	5		
. Penso a várias lesões abertas			10	10			10	10			10	10		
. Irrigação			4	4			4	4			4	4		
. Aspiração de secreções - oral/nasofaríngea/traqueostoma			8	8			8	8			8	8		
. Cuidados à traqueostomia			8	8			8	8			8	8		
. Tricotomia			3	3			3	3			3	3		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES														
. TPR 1 - 4 x dia			1	1			1	1			1	1		
. TPR ≥ 5 x dia			3	3			3	3			3	3		
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 1 - 2 x dia			1	1			1	1			1	1		
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 3 - 4 x dia			3	3			3	3			3	3		
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 5 - 8 x dia			5	5			5	5			5	5		
. Monitorizado			3	3			3	3			3	3		
. Sinais neurológicos/neurocirculatórios			3	3			3	3			3	3		
. Peso			1	1			1	1			1	1		
. Teste rápido de glicémia			3	3			3	3			3	3		
. Teste multiparâmetros na urina			3	3			3	3			3	3		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
ACTIVIDADES ESPECIAIS														
. Apoio emocional especial			2	2			2	2			2	2		
. Ensino programado			3	3			3	3			3	3		
. Deficiência sensorial não compensada			3	3			3	3			3	3		
. Doente isolado / imobilizado			3	3			3	3			3	3		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS														
. Avaliação e actualização do plano de cuidados			2	2			2	2			2	2		
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial			5	5			5	5			5	5		
			Sub-total				Sub-total				Sub-total			
Legenda: H - Hora da AI; Pts - Pontos														
IGIF/PO-CRL/Isbea/SCD/02/M18/V2 - AI														
			Somatório											
			Desvio de somatório											
			Total Desvios											
			Rubrica											

Anexo VII

Quadros de auditoria externa.

QUADRO DE AUDITORIA EXTERNA - CIRURGIA/MEDICINA

HOSPITAL	Nº Processo																																																																								
	Nome																																																																								
	Cama																																																																								
SERVIÇO/UNIDADE	Data		Desvio					Desvio					Desvio																																																												
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº																																																								
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS																																																																									
- Independente	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- Ajuda parcial	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Ajuda total	6	6	6				6	6	6				6	6	6																																																										
- Ajuda total com cuidados especiais	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
ALIMENTAÇÃO																																																																									
- Independente / dieta zero / por familiar	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- Ajuda parcial	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Ajuda total	10	10	10				10	10	10				10	10	10																																																										
- Sonda nasogástrica / gastrostomia	12	12	12				12	12	12				12	12	12																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
MOVIMENTAÇÃO																																																																									
- Independente	0	0	0				0	0	0				0	0	0																																																										
- Independente com supervisão	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- Ajuda parcial 3 - 5 x dia	6	6	6				6	6	6				6	6	6																																																										
- Ajuda parcial ≥ 6 x dia	10	10	10				10	10	10				10	10	10																																																										
- Ajuda total 5 ou 6 x dia	12	12	12				12	12	12				12	12	12																																																										
- Ajuda total ≥ 7 x dia	16	16	16				16	16	16				16	16	16																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
ELIMINAÇÃO																																																																									
- Independente	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- Ajuda parcial	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Ajuda total / incontinente / ostomizado	7	7	7				7	7	7				7	7	7																																																										
- Aliviado	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
TERAPÉUTICA																																																																									
- Via entérica oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- Via entérica oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
- Via entérica oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Via parentérica - IM - IV - SC - 1 - 2 x dia	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
- Via parentérica - IM - IV - SC - 3 - 4 x dia	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 5 x dia	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																										
- Transusão / soro intermitente	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Perfusão contínua	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Alimentação parentérica	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																										
- Oxigenoterapia	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
- Inaloterapia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
TRATAMENTOS																																																																									
- Penso simples	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
- Penso simples a várias lesões	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia	6	6	6				6	6	6				6	6	6																																																										
- Penso a lesão aberta 1 x dia	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																										
- Penso a lesão aberta 2 x dia	10	10	10				10	10	10				10	10	10																																																										
- Irrigação 1 - 2 x dia	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																										
- Irrigação ≥ 3 x dia	12	12	12				12	12	12				12	12	12																																																										
- Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																										
- Tricotomia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES																																																																									
- T P R 1 - 4 x dia	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- T P R ≥ 5 x dia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																										
- Pressão arterial 3 - 4 x dia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Pressão arterial 5 - 8 x dia	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																										
- Pressão arterial ≥ 9 x dia	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																										
- Monitorizado	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Sinais neurológicos	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Teste rápido de glicémia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Aceteste / glicofita	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
ACTIVIDADES ESPECIAIS																																																																									
- Apoio emocional	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
- Ensino programado	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Deficiência sensorial não compensada	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
- Doente isolado / imobilizado	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS																																																																									
- Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																										
- Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																										
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																												
Legenda: Pts - Pontos GIF/SCD/87/M28/V3 - AE																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Somatório</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td>Desvio de somatório</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td>Total Desvios</td> <td colspan="13"></td> </tr> <tr> <td>Rubrica</td> <td colspan="13"></td> </tr> </table>																		Somatório														Desvio de somatório														Total Desvios														Rubrica													
Somatório																																																																									
Desvio de somatório																																																																									
Total Desvios																																																																									
Rubrica																																																																									

QUADRO DE AUDITORIA EXTERNA - CIRURGIA/MEDICINA

HOSPITAL _____	Nº Processo																
	Nome																
	Cama																
SERVIÇO/UNIDADE	Data		Desvio		Desvio		Desvio		Desvio		Desvio		Desvio				
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS																	
. Independente			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Ajuda total			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
. Ajuda total com cuidados especiais			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
ALIMENTAÇÃO																	
. Independente / dieta zero / por familiar			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Sonda nasogástrica / gastrostomia < 4 x dia			6	6	6			6	6	6			6	6	6		
. Ajuda total			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Sonda nasogástrica / gastrostomia ≥ 5 x dia			12	12	12			12	12	12			12	12	12		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
MOVIMENTAÇÃO																	
. Independente			0	0	0			0	0	0			0	0	0		
. Independente com supervisão			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial 1 - 3 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Ajuda parcial ≥ 4 x dia			6	6	6			6	6	6			6	6	6		
. Ajuda total 4 x dia			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Ajuda total 5 - 6 x dia			12	12	12			12	12	12			12	12	12		
. Ajuda total > 6 x dia			17	17	17			17	17	17			17	17	17		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
ELIMINAÇÃO																	
. Independente			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Ajuda total			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
. Incontinente / ostomizado			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
. Alagado(cuidados)			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Aceteste / glicofita			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
TERAPÉUTICA																	
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 5 - 6 x dia			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. Tópicas ≥ 7 x dia			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Via parentérica - IM - IV - SC 1 - 2 x dia			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Via parentérica - IM - IV - SC 3 - 4 x dia			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Via parentérica - IM - IV - SC 5 - 6 x dia			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 7 x dia			11	11	11			11	11	11			11	11	11		
. Transusão / soro intermitente			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Perfusão contínua			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Alimentação parentérica			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
. Ciclo citostático			11	11	11			11	11	11			11	11	11		
. Oxigenoterapia			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Inaloterapia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
TRATAMENTOS																	
. Penso simples			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
. Penso a lesão aberta ou úlceras de decúbito de 3º grau 1 x dia			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Penso a lesão aberta ou úlceras de decúbito de 3º grau 2 x dia			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Irrigação			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Aspiração de secreções - oral ou nasofaríngea			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Aspiração de secreções e cuidados à traqueostomia			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES																	
. TPR 1 - 4 x dia			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. TPR ≥ 5 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Pressão arterial 1 - 2 x dia			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Pressão arterial 3 - 4 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Pressão arterial ≥ 5 x dia			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Doente monitorizado			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Sinais neurológicos			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Pós-operatório (nas primeiras 24 horas)			13	13	13			13	13	13			13	13	13		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
ACTIVIDADES ESPECIAIS																	
. Apoio emocional especial - moderado			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Apoio emocional especial - intenso			5	3	3			5	3	3			5	3	3		
. Ensino especial			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Deficiência sensorial não compensada			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Doente isolado			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Doente imobilizado			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS																	
. Avaliação e actualização do plano de cuidados			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
Legenda: Pte - Pontos																	
IGIF/SCD/87/M28/V3 - AE																	
			Somatório														
			Desvio de somatório														
			Total Desvios														
			Rubrica														

QUADRO DE AUDITORIA EXTERNA - OBSTETRÍCIA (Gêmeos)

HOSPITAL	Nº Processo										Desvio			
	Nome	Camã									Pts	Nº		
SERVIÇO/UNIDADE	Data						Desvio				Pts	Nº		
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	2ºfil	AI	AE	Pts	Nº	E	2ºfil	AI	AE	Pts	Nº
HIGIENE e CUIDADOS PESSOAIS														
. Independente	1	1	1						1	1	1			
. Ajuda parcial	2	2	2						2	2	2			
. Ajuda total	4	4	4						4	4	4			
. Banho ao recém-nascido	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3
	Sub-total								Sub-total					
ALIMENTAÇÃO														
. Independente/dieta zero	1	1	1						1	1	1			
. Ajuda parcial	2	2	2						2	2	2			
. Ajuda total	3	3	3						3	3	3			
. Alimentação do recém-nascido - 1º dia de adaptação à mama	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	8	8	8
. Alimentação do recém-nascido	6	6	6	6	6	6	6		6	6	6	6	6	6
	Sub-total								Sub-total					
MOVIMENTAÇÃO														
. Independente	0	0	0						0	0	0			
. Independente com supervisão	1	1	1						1	1	1			
. Ajuda parcial / total	2	2	2						2	2	2			
	Sub-total								Sub-total					
ELIMINAÇÃO														
. Independente	1	1	1						1	1	1			
. Ajuda parcial	2	2	2						2	2	2			
. Ajuda total	3	3	3						3	3	3			
. Mudança de fralda ao recém-nascido - 1º dia junto da mãe	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3
. Mudança de fralda ao recém-nascido pelo enfermeiro	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2
. Mudança de fralda ao recém-nascido pela mãe	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Algalhada	1	1	1						1	1	1			
	Sub-total								Sub-total					
TERAPÉUTICA														
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) 1 - 2 x dia	1	1	1						1	1	1			
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (mãe) ≥ 3 x dia	2	2	2						2	2	2			
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas (recém-nascido)	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) 1 x dia	1	1	1						1	1	1			
. Via parentérica - IM - IV - SC (mãe) ≥ 2 x dia	2	2	2						2	2	2			
. Via parentérica - IM - IV - SC (recém-nascido)	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Via parentérica ID ao recém-nascido	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Via parentérica por perfusão 1 x dia	2	2	2						2	2	2			
. Via parentérica por perfusão ≥ 2 x dia	3	3	3						3	3	3			
. Transusão / soro intermitente	2	2	2						2	2	2			
. Perfusão contínua	3	3	3						3	3	3			
	Sub-total								Sub-total					
TRATAMENTOS														
. Penso simples	2	2	2						2	2	2			
. Penso complexo	3	3	3						3	3	3			
. Fototerapia	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3
. Cuidados perineais	2	2	2						2	2	2			
. Esvaziamento da mama	5	5	5						5	5	5			
. Tricotomia	1	1	1						1	1	1			
	Sub-total								Sub-total					
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES														
. T P R	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial 1 - 2 x dia	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Pressão arterial ≥ 3 x dia	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2
. Monitorização cardíaca	1	1	1						1	1	1			
. Avaliação cardio-fetal	2	2	2						2	2	2			
. Monitorização cardiotocográfica	4	4	4						4	4	4			
. Avaliação uterina	1	1	1						1	1	1			
. Toque vaginal	2	2	2						2	2	2			
. Teste rápido de glicémia 1 - 2 x dia	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2
. Teste rápido de glicémia ≥ 3 x dia	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3
. Teste multiparâmetros na urina	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Teste diagnóstico precoce	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
. Peso	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1
	Sub-total								Sub-total					
ACTIVIDADES DE APOIO E EDUCAÇÃO														
. Apoio emocional	3	3	3						3	3	3			
. Ensino programado	5	5	5						5	5	5			
	Sub-total								Sub-total					
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS														
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3
. Avaliação e actualização do plano de cuidados	2	2	2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2
	Sub-total								Sub-total					

Legenda: Pts - Pontos; 2ºfil - 2º filho
IGIF/SCD/03/M41 - AV2 - AE

Somatório
Desvio de somatório
Total Desvios
Rubrica

QUADRO DE AUDITORIA EXTERNA LESÕES VERTEBRO-MEDULARES

HOSPITAL	Nº Processo																																																																																					
	Nome																																																																																					
	Cama																																																																																					
SERVIÇO/UNIDADE	Data		Desvio				Desvio				Desvio																																																																											
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº																																																																					
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS																																																																																						
. Independente	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																																							
. Ajuda parcial	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																																							
. Ajuda total	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																																							
. Ajuda total com cuidados especiais	10	10	10				10	10	10				10	10	10																																																																							
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																																									
ALIMENTAÇÃO																																																																																						
. Independente	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																																							
. Ajuda parcial	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																																							
. Ajuda total	13	13	13				13	13	13				13	13	13																																																																							
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																																									
ELIMINAÇÃO																																																																																						
. Independente	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																																							
. Ajuda parcial ≤ 4 x dia	6	6	6				6	6	6				6	6	6																																																																							
. Ajuda parcial ≥ 5 x dia	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																																							
. Presença contínua ≤ 4 x dia	13	13	13				13	13	13				13	13	13																																																																							
. Presença contínua ≥ 5 x dia	17	17	17				17	17	17				17	17	17																																																																							
. Algaliado	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																																							
. Algaliado intermitente	22	22	22				22	22	22				22	22	22																																																																							
. Volume residual 1 x dia	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																																							
. Volume residual 2 a 5 x dia	9	9	9				9	9	9				9	9	9																																																																							
. Elementos Químicos	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																																							
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																																									
MOBILIDADE																																																																																						
. Independente	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																																							
. Mobilização com supervisão	1	1	1				1	1	1				1	1	1																																																																							
. Mobilização com ajuda parcial	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																																							
. Mobilização com ajuda total - paraplégico	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																																							
. Mobilização com ajuda total - tetraplégico	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																																							
. Transferência com supervisão	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																																							
. Transferência com ajuda parcial	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																																							
. Transferência com ajuda total	7	7	7				7	7	7				7	7	7																																																																							
. Alternância de decúbito com supervisão	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																																							
. Alternância de decúbito com ajuda parcial	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																																							
. Alternância de decúbito com ajuda total	8	8	8				8	8	8				8	8	8																																																																							
. Plano inclinado	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																																							
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																																									
TRATAMENTOS																																																																																						
. Penso simples	2	2	2				2	2	2				2	2	2																																																																							
. Penso complexo	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																																							
. Atmosfera húmida	3	3	3				3	3	3				3	3	3																																																																							
. Aspiração de secreções	4	4	4				4	4	4				4	4	4																																																																							
. Drenagem postural	10	10	10				10	10	10				10	10	10																																																																							
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																																									
ACTIVIDADES ESPECIAIS																																																																																						
. Apoio emocional especial	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																																							
. Ensino programado	10	10	10				10	10	10				10	10	10																																																																							
. Deficiência sensorial não compensada	5	5	5				5	5	5				5	5	5																																																																							
	Sub-total						Sub-total						Sub-total																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Legenda: Pts - Pontos</td> <td style="width: 10%;">Somatório</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">IGIF/CMR/SCD/97/M31/V3 - AE</td> <td>Desvio de somatório</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Total Desvios</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Rubrica</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	Legenda: Pts - Pontos	Somatório																	IGIF/CMR/SCD/97/M31/V3 - AE	Desvio de somatório																	Total Desvios																	Rubrica																
Legenda: Pts - Pontos	Somatório																																																																																					
IGIF/CMR/SCD/97/M31/V3 - AE	Desvio de somatório																																																																																					
	Total Desvios																																																																																					
	Rubrica																																																																																					

QUADRO DE AUDITORIA EXTERNA - ONCOLOGIA

HOSPITAL	Nº PROCESSO		Desvio					Desvio					Desvio				
	Nome																
	Cama																
SERVIÇO/UNIDADE	Data		Desvio					Desvio					Desvio				
ACTIVIDADES SELECIONADAS			E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº	E	AI	AE	Pts	Nº
HIGIENE E CUIDADOS PESSOAIS																	
. Independente			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Ajuda total			6	6	6			6	6	6			6	6	6		
. Ajuda total com cuidados especiais			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
ALIMENTAÇÃO																	
. Independente / dieta zero / por outro			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Ajuda total			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Sonda nasogástrica / gastrostomia			12	12	12			12	12	12			12	12	12		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
MOVIMENTAÇÃO																	
. Independente			0	0	0			0	0	0			0	0	0		
. Independente com supervisão			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial 3 - 5 x dia			6	6	6			6	6	6			6	6	6		
. Ajuda parcial ≥ 6 x dia			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Ajuda total 5 - 6 x dia			12	12	12			12	12	12			12	12	12		
. Ajuda total ≥ 7 x dia			16	16	16			16	16	16			16	16	16		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
ELIMINAÇÃO																	
. Independente			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Ajuda parcial			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Ajuda total / incontinente / ostomizado			7	7	7			7	7	7			7	7	7		
. Drenagem de urina			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
TERAPÉUTICA																	
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 1 - 2 x dia			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas 3 - 4 x dia			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Via oral, rectal, vaginal, aplic. tópicas ≥ 5 x dia			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 1 - 3 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 4 - 6 x dia			6	6	6			6	6	6			6	6	6		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 7 - 9 x dia			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Via parentérica - IM - IV - SC - 10 - 12 x dia			14	14	14			14	14	14			14	14	14		
. Via parentérica - IM - IV - SC ≥ 13 x dia			18	18	18			18	18	18			18	18	18		
. Transusão / soro intermitente			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Perfusão contínua			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Perfusão contínua múltipla			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
. Oxigenoterapia			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Inaloterapia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
TRATAMENTOS																	
. Penso simples			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Penso simples a várias lesões			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Penso com dreno ou sist. drenagem 1 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Penso com dreno ou sist. drenagem 2 x dia			6	6	6			6	6	6			6	6	6		
. Penso a lesão aberta 1 x dia			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Penso a várias lesões abertas			10	10	10			10	10	10			10	10	10		
. Irrigação			4	4	4			4	4	4			4	4	4		
. Aspiração de secreções - oral/nasofaríngea/traqueostoma			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
. Cuidados à traqueostomia			8	8	8			8	8	8			8	8	8		
. Tricotomia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
SINAIS VITAIS/OUTRAS AVALIAÇÕES																	
. T P R 1 - 4 x dia			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. T P R ≥ 5 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 1 - 2 x dia			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 3 - 4 x dia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Pressão arterial e/ou saturação de oxigénio 5 - 8 x dia			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
. Monitorizado			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Sinais neurológicos/neuro-circulatórios			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Peso			1	1	1			1	1	1			1	1	1		
. Teste rápido de glicémia			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Teste multiparâmetros na urina			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
ACTIVIDADES ESPECIAIS																	
. Apoio emocional especial			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Ensino programado			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Deficiência sensorial não compensada			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
. Doente isolado / imobilizado			3	3	3			3	3	3			3	3	3		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
AVALIAÇÃO E PLANEAMENTO DE CUIDADOS																	
. Avaliação e actualização do plano de cuidados			2	2	2			2	2	2			2	2	2		
. Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial			5	5	5			5	5	5			5	5	5		
			Sub-total					Sub-total					Sub-total				
Legenda: Pts - Pontos																	
IGFIPO-CRL/Isboe/SCD/02/M35/V2 - AE																	
			Somatório														
			Desvio de somatório														
			Total Desvios														
			Rubrica														

Anexo VIII

Nota de não conformidade/observação.



NOTA DE NÃO CONFORMIDADE/OBSERVAÇÃO

Hospital: _____

Serviço: _____	Data: ___/___/___	N.º _____
-----------------------	--------------------------	------------------

Observação <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	

Tomei conhecimento e recepcionei
Enf. Chefe _____

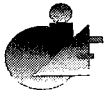
Data ___/___/___

Acção Correctiva com Análise de Causas

Assinatura: _____
Data: ___/___/___

Anexo IX

Nota de congratulação.



NOTA DE CONGRATULAÇÃO

Hospital: _____

Serviço: _____	Data: ___/___/___	N.º _____
-----------------------	--------------------------	------------------

Assinatura: _____

Tomei conhecimento e recepcionei	
Enf. Chefe _____	Data ___/___/___

Anexo X

Relatórios de auditoria interna.



SCD/E		RELATÓRIO MENSAL DOS RESULTADOS DE AUDITORIA INTERNA POR UNIDADE							
AUDITOR		HOSPITAL				MÊS		ANO	
RESULTADO	UNIDADE								
		Total Desvios	Σ Pontos	Total Desvios	Σ Pontos	Total Desvios	Σ Pontos	Total Desvios	Σ Pontos
N.º DE AUDITORIAS	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
N.º CLASSIFICAÇÕES CORRECTAS									
% CLASSIFICAÇÕES CORRECTAS									

Anexo XI

Relatórios de auditoria externa.



NOTA DE NÃO CONFORMIDADE/OBSERVAÇÃO

Hospital: _____

Serviço: _____	Data: ___/___/___	N.º _____
-----------------------	--------------------------	------------------

Observação <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Assinatura: _____	

Tomei conhecimento e recepcionei
Enf. Chefe _____

Data ___/___/___

Ação Correctiva com Análise de Causas

Assinatura: _____
Data: ___/___/___



SINOPSE DO RESULTADO DA AUDITORIA EXTERNA

Hospital: _____

Ano _____

Equipa de Auditoria Externa: _____

Classificações Auditadas

UNIDADE/SERVIÇO	1		2		3		Nº Correctas	Percentagem Correctas
	Nº Desvios	Σ Pontos	Nº Desvios	Σ Pontos	Nº Desvios	Σ Pontos		
Total Nº Auditorias:							Total:	Total Médio:

Notas de Não Conformidade/Observação

Direcção de Enfermagem			Auditoria Interna			Serviços			Total		
Nº NNC/O	Nº NC	Nº Obs.	Nº NNC/O	Nº NC	Nº Obs.	Nº NNC/O	Nº NC	Nº Obs.	Nº NNC/O	Nº NC	Nº Obs.

IGIF/SCD/97/M36/V3

Legenda: NºNNC/O – Nº Notas de Não Conformidade/Observação; NºNC – Nº Não Conformidades; Nº Obs. – Nº Observações

Data ___/___/___

Equipa AE _____

Anexo XII

Pedido de autorização formulado ao IGIF para utilização dos indicadores do SCD/E.

Saf = Helena.
2r
04.12.07

Emp = Helena.
R.
04.11.16

h. h. N. C. Valente
20.11.15
[Signature]

Ex.mo Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Instituto de Gestão Informática e Financeira -
Ministério da Saúde
Dr. José Taborda Farinha

[Signature]
20.11.16

ASSUNTO: Acesso aos indicadores do Sistema de
Classificação de Doentes em Enfermagem

DATA: 07-11-2004

José Taborda Farinha
Presidente

José Manuel Lúcio Chora, Enfermeiro Chefe no Hospital do Espírito Santo – Évora, desempenhando ainda funções de colaborador com o Instituto de Gestão Informática e Financeira, no âmbito da Auditoria Externa ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) vem por este meio solicitar autorização para utilizar os indicadores produzidos no âmbito do SCD/E, para a realização da sua tese de mestrado. Esta será elaborada no âmbito do I Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Área de Especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde a decorrer na Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde.

Senhor Presidente

Com os melhores cumprimentos, *fessocis*

Garantindo-se a máxima
fidelidade dos hospitais, este
do está em condições de ser
[Signature]
04.12.03

José Manuel Lúcio Chora
(José Manuel Lúcio Chora)

Concorda-se com a utilização
da dados na tese, desde que seja
mantido o anonimato dos hospitais
que produzem a informação. É de realçar
a realização de trabalhos deste natureza que
permitem as sinergias de várias disciplinas, aumentando o
saberes em enfermagem e promovendo o SCD/E na área de saúde
como um método inovador na gestão dos recursos humanos em
enfermagem

I. G. I. F.
ENTRADA
12. NOV 04 11408
PROC.
DIST. CA/Presidente

Anexo XIII

Pré-teste do inquérito por questionário.

Enfermeiro (a)

O presente questionário foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional em Saúde, coordenado pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e, destina-se à recolha de informação sobre os contributos do SCD/E - sistema de classificação de doentes, na gestão estratégica de enfermagem.

Deste modo encontro-me na fase de pré-teste. Pelo que a sua opinião é muito importante para a validação do questionário e concretização do estudo.

Solicito-lhe que leia com cuidado todas as questões e responda de forma fiel e atenta ao conteúdo das mesmas. Para tal **assinale com uma cruz, a resposta que se aproxima mais da sua opinião.**

Verifique por favor, no final do preenchimento, se respondeu a todas as questões.

Finalmente solicito que manifeste as dificuldades de preenchimento, de legibilidade das perguntas, outras.

Desde já agradeço ter-se disponibilizado para preencher este inquérito.

Para esclarecimentos de quaisquer dúvidas queira fazer o favor de contactar:

José Manuel Lúcio Chora

Tel: 266751478 ou 961904635

e-mail: josechora@adsl.xl.pt

A - Caracterização da Organização

Q1. A sua organização hospitalar situa-se na:

Administração Regional de Saúde do Norte	<input type="checkbox"/>	1
Administração Regional de Saúde do Centro	<input type="checkbox"/>	2
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	<input type="checkbox"/>	3
Administração Regional de Saúde do Alentejo	<input type="checkbox"/>	4
Administração Regional de Saúde do Algarve	<input type="checkbox"/>	5
Região Autónoma da Madeira	<input type="checkbox"/>	6
Região Autónoma dos Açores	<input type="checkbox"/>	7

Q2. A sua organização hospitalar, de acordo com o Desp. 32/86 de 5 de Setembro, do Gabinete do Ministro da Saúde, está classificada como pertencente ao:

Tipo 1	<input type="checkbox"/>	1
Tipo 2	<input type="checkbox"/>	2
Tipo 3	<input type="checkbox"/>	3
Tipo 4	<input type="checkbox"/>	4

Q3. Nº de camas da Organização:

_____ | Camas

Q4. Na sua organização hospitalar está implementado o:

Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem	<input type="checkbox"/>	1
Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem	<input type="checkbox"/>	2

Q5. Nº de anos que o SCD/E está implementado na sua organização:

_____ | Anos

Q6. Nº de Unidades de Cuidados onde está implementado o SCD/E

_____ | Unidades de Cuidados / Serviços

B - Caracterização do/a Inquirido/a

Q7. Sexo Masculino 1 Feminino 2

Q8. Idade | | Anos

Q9. Formação Académica (assinale com x a sua opção)

Ciclo Preparatório ou equivalente
9º ano ou equivalente
11º ano ou equivalente
12º ano ou equivalente ou equivalente

Q10. Formação Profissional (assinale com x as suas múltiplas opções)

Curso de Enfermagem Geral ou Equivalente
Curso Superior de Enfermagem
Curso de Especialização em Enfermagem Qual ? _____
Curso de Estudos Especializados em Enfermagem Qual ? _____
Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Qual ? _____
Mestrado em Enfermagem Qual ? _____
Doutoramento em Enfermagem Qual ? _____
Outro Curso Superior Qual ? _____
Mestrado noutra área Qual ? _____
Doutoramento noutra área Qual ? _____

Q11. Qual é a sua categoria profissional:

Enfermeiro Graduado 1
Enfermeiro Especialista 2
Enfermeiro Chefe 3
Enfermeiro Supervisor 4

Q12. Tempo de serviço no cargo de Enfermeiro/a Director/a: | | Anos

Q13. Ano de conclusão do curso de enfermagem geral ou equivalente: 19

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 14 - O SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível estratégico. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 15 - O SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível operacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 16 - O SCD/E permite a tomada de decisão a nível estratégico, de modo a contribuir para a qualidade de cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 17 - O SCD/E permite a tomada de decisão a nível operacional, de modo a contribuir para a qualidade de cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 18 - O SCD/E contribui para a proximidade entre o nível estratégico e o nível operacional, de modo a gerir os recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 19 - O SCD/E fornece dados estatísticos para a tomada de decisão. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 20 - A tomada de decisão referente ao recrutamento de pessoal de enfermagem, baseia-se no SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 21 - As tecnologias de informação e comunicação influenciam a gestão estratégica. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 22 - As tecnologias de informação e comunicação influenciam a gestão de recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 23 - O SCD/E fornece os indicadores necessários para a tomada de decisão em tempo útil. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 24 - A ausência de sistemas de informação interfere na qualidade organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 25 - Os dados e a informação agregados produzidos pelo SCD/E, apoiam o processo de melhoria contínua da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 26 - A comunicação dos dados e informação dos resultados do SCD/E aos colaboradores é essencial para a motivação. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 27 - No SCD/E está definido o tempo de retenção de processos, dados e informação. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 28 - O acesso ao nível de informação do SCD/E relaciona-se com as suas necessidades e responsabilidades da função. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 29 - Os processos e a informação do SCD/E estão protegidos contra perda, destruição, falsificação e acesso ou uso não autorizado. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 30 - Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam os cuidados prestados ao doente. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 31 - Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam a tomada de decisão e a gestão organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 32 - Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam o programa de gestão da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 33 - A(s) política(s) e estratégia organizacional de enfermagem são baseadas na informação, proveniente dos indicadores de desempenho produzidos pelo SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

34 - Os meios de comunicação disponíveis permitem que todas as pessoas tenham informação actualizada, sobre os resultados do SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

35 - O SCD/E tem contribuído para a melhoria da eficiência na gestão de recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

36 - O SCD/E permite a monitorização da produtividade de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Q 37 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E relevante: Sim 1 Não 2

Q 37.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Q 38 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E representativo: Sim 1 Não 2

Q 38.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Q 39 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E fiável: Sim 1 Não 2

Q 39.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Q 40 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E válido: Sim 1 Não 2

Q 40.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Qual a importância do SCD/E na sua organização, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

41 - O SCD/E contribui para a definição de padrões e objectivos de qualidade de enfermagem a nível organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

42 - O manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação visa a melhoria dos cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

43 - O manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação está elaborado de acordo com os requisitos da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

44 - Os mecanismos de vigilância (auditoria interna do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual a importância do SCD/E na sua organização, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 45 - Os mecanismos de vigilância (auditoria externa do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 46 - O SCD/E permite melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 47 - A actualização do manual de normas e procedimentos em cuidados em enfermagem visa a melhoria da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 48 - Os relatórios do SCD/E permitem avaliar o impacto das medidas correctivas implementadas. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 49 - O SCD/E contribui para a definição de objectivos de intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 50 - O SCD/E permite definir as intervenções de enfermagem adequadas à situação clínica do doente, tendo subjacente um padrão qualitativo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 51 - O SCD/E permite determinar a complexidade dos cuidados e da assistência de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 52 - A distribuição dos doentes com base nos indicadores do SCD/E, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 53 - O SCD/E pode futuramente contribuir para o planeamento dos custos de assistência em enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 54 - O SCD/E constitui um dos instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 55 - O SCD/E permite obtenção de dados referentes à qualidade de cuidados de enfermagem prestados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 56 - O SCD/E contribui para a melhoria dos registos de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 57 - O SCD/E contribui para a categorização dos doentes e para a melhoria dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 58 - O SCD/E influencia a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois permite determinar as necessidades dos doentes. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 59 - O SCD/E contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois permite a individualização dos cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 60 - O SCD/E tem contribuído para a implementação de medidas correctivas, na prestação de cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 61 - O SCD/E tem contribuído para a definição das linhas de responsabilidade e de divisão do trabalho. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 62 - As não conformidades identificadas através do SCD/E, permitiram implementar medidas preventivas de modo, a não afectar a qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 63 - As normas de actuação profissional articulam-se com o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual a importância do SCD/E na organização hospitalar, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 64 - Os projectos profissionais articulam-se com o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 65 - O plano de acção da organização e das unidades de cuidados/serviços, do sub-sistema de enfermagem articulam-se com o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 66 - O SCD/E contribui para a implementação de método de trabalho individual e por responsável. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 67 - O SCD/E permite a uniformização da linguagem de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 68 - Todos os gestores devem possuir formação sobre SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 69 - O SCD/E permite detectar necessidades formativas, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 70 - O SCD/E permite avaliar o desempenho dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 71 - A existência de uma lista de códigos, símbolos e definições pode contribuir para a melhoria da qualidade dos registos e dos cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 72 - Os processos do SCD/E têm sido melhorados, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 73 - Os processos do SCD/E têm sido melhorados de acordo com as normas internacionais da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Q 74 - Como é que classifica a qualidade dos cuidados de enfermagem prestada na sua organização:

(1 - muito deficiente; 2 - deficiente; 3 - razoável; 4 - boa, 5 - excelente)

1 2 3 4 5

Q 75 - Considera que a forma como estão organizados os cuidados de enfermagem, na sua organização contribui para a melhoria da qualidade: Sim 1 Não 2

Q 75.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Q 76 - Os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados esperados de melhoria da qualidade:

Sim 1 Não 2

Q 76.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Q 77 - Considera importante o SCD/E para o desenvolvimento das áreas da gestão, investigação e da ciência de enfermagem: Sim 1 Não 2

Q 77.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões

Em que medida cada um dos seguintes aspectos contribui para a operacionalização do SCD/E, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 78 - A avaliação de desempenho dos enfermeiros contempla o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 79 - A gestão de recursos humanos é baseada no SCD/E, de modo a gerir os recursos de enfermagem que são escassos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 80 - O SCD/E constitui um sistema objectivo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 81 - O SCD/E é um sistema individualizado, global e flexível. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 82 - O SCD/E constitui um sistema subjectivo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 83 - O SCD/E é compatível com os grandes objectivos de enfermagem da organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 84 - O SCD/E está contemplado no quadro de referências da organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 85 - O SCD/E contribui para a melhoria da produtividade e da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 86 - A distribuição de pessoal pelas unidades de cuidados/serviços baseia-se nos indicadores produzidos pelo SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 87 - O SCD/E é periodicamente analisado de modo a determinar necessidades de modificação e actualização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 88 - Os indicadores produzidos pelos SCD/E são fiáveis, exequíveis e objectivos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 89 - As actividades contempladas no SCD/E são as que possuem maior significado na carga de trabalho dos enfermeiros. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 90 - O SCD/E fornece dados quantitativos para a determinação das necessidades da equipa. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 91 - O SCD/E permite identificar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 92 - O SCD/E permite orientar a dotação de recursos humanos de enfermagem, das unidades de cuidados e da organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 93 - O SCD/E fornece dados que podem ser utilizados para a admissão de pessoal de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 94 - O SCD/E permite caracterizar os doentes ao nível das unidades de cuidados/ serviços, da organização e nacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 95 - Os colaboradores estão familiarizados com os conceitos e linguagem do SCD/E, contribuindo para a uniformização dos registos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 96 - O SCD/E contribui para o planeamento de cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 97 - O SCD/E contribui para a prescrição das acções/intervenções autónomas de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 98 - O SCD/E contribui para a prescrição das intervenções interdependentes de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 99 - O SCD/E permite conhecer a evolução clínica do doente. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 100 - Deve existir um responsável pela elaboração dos relatórios do SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Em que medida cada um dos seguintes aspectos contribui para a operacionalização do SCD/E, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

101 - O SCD/E constitui um sistema coerente.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

102 - O SCD/E possui elevado grau de conformidade interna e externa.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

103 - Os resultados do SCD/E são analisados em reunião de adjuntos do/a Enfermeiro/a Director/a.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

104 - Os resultados do SCD/E são analisados em Comissão de Enfermagem.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

105 - Existem instruções para a adequação das Horas de Cuidados Prestadas às Horas de Cuidados Necessárias.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

106 - A distribuição dos doentes deve ser equitativa e basear-se nas Horas de Cuidados Necessárias.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

107 - Aos enfermeiros recém-admitidos é proporcionada formação sobre SCD/E.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

108 - A identificação e tratamento das não conformidades e dos indicadores permite programar formação para os colaboradores.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

109 - A eficácia das acções correctivas é avaliada.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

110 - Deve existir uma estrutura de coordenação para análise e seguimento das acções correctivas e preventivas.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

111 - As auditorias são consideradas como uma alavanca para fazer progredir a qualidade.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Q 112 - A mobilização de pessoal de enfermagem efectua-se com base no SCD/E: Sim 1 Não 2

Q 112.1 - Se respondeu "SIM", indique por favor, a(s) razões:

Q 112.2 - Se respondeu "NÃO", indique por favor, a(s) razões:

Q 113 - O SCD/E faculta uma base sólida para a determinação das necessidades de pessoal: Sim 1 Não 2

Q 113.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor, a(s) razões:

Q 114 - Os resultados do SCD/E são analisados em Conselho de Administração: Sim 1 Não 2

Q 114.1 - Se respondeu "SIM", indique por favor, os resultados práticos:

Q 115 - Percentagem de colaboradores com formação sobre SCD/E:

Q 115.1 - Enfermeiros/Enfermeiros Graduados/Enfermeiros Especialistas

Q 115.2 - Enfermeiros Chefes

		%
		%

Q 116 - O/A Enfermeiro/a Director/a possui formação sobre SCD/E: Sim 1 Não 2

Q 117 - Na sua perspectiva, as vantagens da utilização do SCD/E são (assinale do mais para o menos importante):

Optimizar os recursos de enfermagem disponíveis.	
Planear os cuidados a prestar.	
Tomada de decisão em relação aos recursos de enfermagem em tempo útil.	
Gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço.	
Gestão da qualidade dos cuidados de saúde prestados.	
Identificar as necessidades em recursos de enfermagem.	
Adequar a dotação dos quadros de pessoal.	

Q 118 - Na organização dos cuidados de enfermagem considera que o SCD/E contribui para (assinale do mais para o menos importante):

Gestão da qualidade dos cuidados de saúde prestados.	
Operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem.	
Gestão de recursos humanos das auxiliares de acção médica.	
Definição do quadro de referências da sua organização.	
Constitui um indicador para avaliar a gestão da organização.	
Implementação de impressos específicos para os registos de enfermagem.	
Gestão de recursos humanos de enfermagem.	
Constitui um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados.	
Operacionalização da metodologia científica dos cuidados de enfermagem.	

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

119 - Os recursos humanos representam o factor crítico das organizações, mas sem os quais não há competitividade e sucesso organizacional.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

120 - Os recursos humanos são envolvidos e responsabilizados pelos resultados alcançados no SCD/E.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

121 - A gestão estratégica de recursos humanos influi na produtividade e eficácia organizacional.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

122 - A eficácia organizacional está relacionada com as práticas de gestão.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

123 - A eficácia organizacional está relacionada com a(s) política(s) de gestão de recursos humanos.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

124 - A eficácia organizacional está relacionada com o alinhamento dos recursos humanos.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 125 - A eficácia organizacional da gestão de recursos humanos, permite colocar a pessoa certa, no local e momento certo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 126 - A gestão dos recursos humanos implica flexibilidade, coerência, pertinência e adaptação dos recursos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 127 - Para alcançar a qualidade de cuidados deve existir a adequação entre volume de trabalho e a força de trabalho. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 128 - A distribuição equitativa de recursos humanos interfere na qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 129 - A ausência de sistemas de controlo de recursos humanos interfere na qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 130 - O SCD/E constitui uma metodologia de gestão de recursos humanos proactiva. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 131 - A capacidade de estruturar a organização depende apenas do ambiente externo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 132 - A capacidade de estruturar a organização depende do ambiente interno. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 133 - A missão da organização pode motivar o empenhamento dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 134 - A filosofia da organização pode motivar o empenhamento dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 135 - Os valores da organização podem motivar o empenhamento dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 136 - A gestão estratégica dos recursos humanos visa a articulação e ajustamento entre as pessoas e as necessidades identificadas. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 137 - A gestão estratégica dos recursos humanos visa a utilização total dos recursos humanos disponíveis. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 138 - Na gestão de recursos humanos devem ser considerados o utente, a equipa e a organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Obrigado pela sua Colaboração

Dificuldades sentidas no decorrer do preenchimento

Anexo XIV

Inquérito por questionário definitivo.

Ex.mo Sr.(a) Enfermeiro (a) Director (a)

Sou colega e exerço a minha actividade profissional no Hospital do Espírito Santo – Évora, presentemente frequento o Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional em Saúde.

O presente questionário foi desenvolvido no âmbito de um projecto de investigação, coordenado pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Évora em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa e destina-se à recolha de informação sobre os contributos do SCD/E - sistema de classificação de doentes, na gestão estratégica de enfermagem.

Encontro-me na segunda fase de operacionalização do instrumento de pesquisa, sendo distribuído a nível nacional, nas Organizações Hospitalares onde está implementado o SCD/E.

Considero que a sua opinião muito importante para a concretização do estudo. As respostas serão tratadas de modo confidencial e serão destruídas após a investigação.

Solicito-lhe que leia com cuidado todas as questões e responda de forma fiel e atenta ao conteúdo das mesmas. Para tal **assinale com uma cruz, a resposta que se aproxima mais da sua opinião.**

Verifique por favor, no final do preenchimento, se respondeu a todas as questões.

Desde já agradeço ter-se disponibilizado para preencher o questionário.

Para esclarecimentos de quaisquer dúvidas queira fazer o favor de contactar:

José Manuel Lúcio Chora

Tel: 961904635 ou 266751478

e-mail: josechora@adsl.xl.pt

--	--	--

A - Caracterização da Organização

Q1. A sua organização hospitalar situa-se na:

Administração Regional de Saúde do Norte	<input type="checkbox"/>	1
Administração Regional de Saúde do Centro	<input type="checkbox"/>	2
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	<input type="checkbox"/>	3
Administração Regional de Saúde do Alentejo	<input type="checkbox"/>	4
Administração Regional de Saúde do Algarve	<input type="checkbox"/>	5
Região Autónoma da Madeira	<input type="checkbox"/>	6
Região Autónoma dos Açores	<input type="checkbox"/>	7

Q2. A sua organização hospitalar, de acordo com o Desp. 32/86, de 5 de Setembro, do Gabinete do Ministro da Saúde, está classificada como:

Tipo 1	<input type="checkbox"/>	1
Tipo 2	<input type="checkbox"/>	2
Tipo 3	<input type="checkbox"/>	3
Tipo 4	<input type="checkbox"/>	4

Q3. Lotação da Organização:

--	--	--	--

 Camas

Q4. Na sua organização hospitalar está implementado o:

Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem	<input type="checkbox"/>	1
Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem	<input type="checkbox"/>	2

Q5. Nº de anos em que o SCD/E está implementado na sua organização:

--	--

 Anos

Q6. Nº de unidades de cuidados / serviços onde está implementado o SCD/E:

--	--	--

B - Caracterização do/a Inquirido/a

Q7. Sexo Masculino 1 Feminino 2

Q8. Idade

--	--

 Anos

Q9. Formação Académica (assinale com x a sua opção):

- Ciclo Preparatório ou equivalente
- 9º ano ou equivalente
- 11º ano ou equivalente
- 12º ano ou equivalente ou equivalente
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	8

Q10. Formação Profissional (assinale com x as suas múltiplas opções):

- Curso de Enfermagem Geral ou Equivalente
- Curso Superior de Enfermagem
- Curso de Especialização em Enfermagem
- Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem
- Curso de Pedagogia Aplicado ao Ensino de Enfermagem
- Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem
- Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem
- Outro Curso Superior
- Mestrado
- Doutoramento

<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	3	Qual ? _____
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	6	Qual ? _____
<input type="checkbox"/>	7	Qual ? _____
<input type="checkbox"/>	8	Qual ? _____
<input type="checkbox"/>	9	Qual ? _____
<input type="checkbox"/>	10	Qual ? _____

Q11. Ano de conclusão do Curso Superior de Enfermagem ou equivalente:

19	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----	----------------------	----------------------

Q12. Qual é a sua categoria profissional:

- Enfermeiro Graduado 1
- Enfermeiro Especialista 2
- Enfermeiro Chefe 3
- Enfermeiro Supervisor 4

Q13. Tempo de serviço no cargo de Enfermeiro/a Director/a (em anos):

- <1 ano 1
- ≥ 1 ano < 3 anos 2
- ≥ 3 anos < 6 anos 3
- ≥ 6 anos < 9 anos 4
- ≥ 9 anos 5

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 14 - O SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível estratégico. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 15 - O SCD/E permite a tomada de decisão, sobre os recursos humanos a nível operacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 16 - O SCD/E permite a tomada de decisão a nível estratégico, de modo a contribuir para a qualidade de cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 17 - O SCD/E permite a tomada de decisão a nível operacional, de modo a contribuir para a qualidade de cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 18 - O SCD/E contribui para a proximidade entre o nível estratégico e o nível operacional, de modo a gerir os recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 19 - O SCD/E fornece dados estatísticos para a tomada de decisão. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 20 - A tomada de decisão referente ao recrutamento de pessoal de enfermagem, baseia-se no SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 21 - As tecnologias de informação e comunicação influenciam a gestão estratégica. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 22 - As tecnologias de informação e comunicação influenciam a gestão de recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 23 - O SCD/E fornece os indicadores necessários para a tomada de decisão em tempo útil. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 24 - A ausência de sistemas de informação interfere na qualidade organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 25 - Os dados, a informação e o conhecimento fornecidos pelo SCD/E, apoiam o processo de melhoria contínua da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 26 - A comunicação dos dados e informação dos resultados do SCD/E aos colaboradores é essencial para a motivação. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 27 - No SCD/E está definido o tempo de retenção de processos, dados e informação. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 28 - O acesso ao nível de informação do SCD/E relaciona-se com as suas necessidades e responsabilidades da função. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 29 - Os processos e a informação do SCD/E estão protegidos contra perda, destruição, falsificação e acesso ou uso não autorizado. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 30 - Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam os cuidados prestados ao doente. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 31 - Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam a tomada de decisão e a gestão organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 32 - Os dados e a informação agregados do SCD/E apoiam o programa de gestão da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 33 - A(s) política(s) e estratégia organizacional de enfermagem são baseadas na informação, proveniente dos indicadores de desempenho produzidos pelo SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

34 - Os meios de comunicação disponíveis permitem que todas as pessoas tenham informação actualizada, sobre os resultados do SCD/E.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

35 - O SCD/E tem contribuído para a melhoria da eficiência na gestão de recursos humanos.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

36 - O SCD/E permite a monitorização da produtividade de enfermagem.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Q 37 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E relevante: Sim 1 Não 2

Q 37.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões:

Q 38 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E representativo: Sim 1 Não 2

Q 38.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões:

Q 39 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E fiável: Sim 1 Não 2

Q 39.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões:

Q 40 - Considera o nível de informação produzida pelo SCD/E válido: Sim 1 Não 2

Q 40.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões:

Qual a importância do SCD/E na sua organização hospitalar, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

41 - O SCD/E contribui para a definição de padrões e objectivos de qualidade de enfermagem a nível organizacional.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

42 - O manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação visa a melhoria dos cuidados.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

43 - O manual de normas de classificação de doentes e de auditoria da classificação está elaborado de acordo com os requisitos da qualidade.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

44 - Os mecanismos de vigilância (auditoria interna do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual a importância do SCD/E na sua organização hospitalar, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 – discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 45 - Os mecanismos de vigilância (auditoria externa do SCD/E) contribuem para a implementação de medidas qualitativas, face aos resultados encontrados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 46 - O SCD/E permite melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 47 - A actualização do manual de normas e procedimentos em cuidados em enfermagem visa a melhoria da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 48 - Os relatórios do SCD/E permitem avaliar o impacto das medidas correctivas implementadas. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 49 - O SCD/E contribui para a definição de objectivos de intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 50 - O SCD/E permite definir as intervenções de enfermagem adequadas à situação clínica do doente, tendo subjacente um padrão qualitativo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 51 - O SCD/E permite determinar a complexidade dos cuidados e da assistência de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 52 - A distribuição dos doentes com base nos indicadores do SCD/E, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 53 - O SCD/E pode futuramente contribuir para o planeamento dos custos de assistência em enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 54 - O SCD/E constitui um dos instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 55 - O SCD/E permite obtenção de dados referentes à qualidade de cuidados de enfermagem prestados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 56 - O SCD/E contribui para a melhoria dos registos de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 57 - O SCD/E contribui para a categorização dos doentes e para a melhoria dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 58 - O SCD/E influencia a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois permite determinar as necessidades dos doentes. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 59 - O SCD/E contribui para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois permite a sua individualização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 60 - O SCD/E tem contribuído para a implementação de medidas correctivas, na prestação de cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 61 - O SCD/E tem contribuído para a definição das linhas de responsabilidade e de divisão do trabalho. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 62 - As não conformidades identificadas através do SCD/E, permitiram implementar medidas preventivas de modo, a não afectar a qualidade dos cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 63 - As normas de actuação profissional articulam-se com o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 64 - Os projectos profissionais articulam-se com o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual a importância do SCD/E na organização hospitalar, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

65 - O plano de acção da organização e das unidades de cuidados/serviços, do sub-sistema de enfermagem articulam-se com o SCD/E.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

66 - O SCD/E contribui para a implementação de método de trabalho individual e por responsável.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

67 - O SCD/E permite a uniformização da linguagem de enfermagem.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

68 - Todos os gestores devem possuir formação sobre SCD/E.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

69 - O SCD/E permite detectar necessidades formativas, contribuindo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

70 - O SCD/E permite avaliar o desempenho dos colaboradores.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

71 - A existência de uma lista de códigos, símbolos e definições pode contribuir para a melhoria da qualidade dos registos e dos cuidados.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

72 - Os processos do SCD/E têm sido melhorados, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas dos utentes.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

73 - Os processos do SCD/E têm sido melhorados de acordo com as normas internacionais da qualidade.

1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Q 74 - Como é que classifica a qualidade dos cuidados de enfermagem prestada na sua organização, assinale a sua opção:

1 - Muito deficiente; 2 - Deficiente; 3 - Razoável; 4 - Boa, 5 - Excelente

Q 75 - Considera que a forma como estão organizados os cuidados de enfermagem, na sua organização contribui para a melhoria da qualidade: Sim 1 Não 2

Q 75.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões:

Q 76 - Os resultados alcançados pelo SCD/E corresponderam aos resultados globais esperados de melhoria da qualidade:

Sim 1 Não 2

Q 76.1 - Se respondeu "SIM", indique por favor a(s) razões:

Q 76.2 - Se respondeu "NÃO", indique quais a(s) áreas:

Q 77 - Considera importante o SCD/E para o desenvolvimento das áreas da gestão, investigação e da ciência de enfermagem: Sim 1 Não 2

77.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor a(s) razões:

Em que medida cada um dos seguintes aspectos contribui para a operacionalização prática do SCD/E, na sua organização. Assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 78 - A avaliação de desempenho dos enfermeiros contempla o SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 79 - A gestão de recursos humanos é baseada no SCD/E, de modo a gerir os recursos de enfermagem que são escassos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 80 - O SCD/E constitui um sistema objectivo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 81 - O SCD/E é um sistema individualizado, global e flexível. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 82 - O SCD/E constitui um sistema subjectivo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 83 - O SCD/E é compatível com os grandes objectivos de enfermagem da organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 84 - O SCD/E está contemplado no quadro de referências da organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 85 - O SCD/E contribui para a melhoria da produtividade e da qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 86 - A distribuição de pessoal pelas unidades de cuidados/serviços baseia-se nos indicadores produzidos pelo SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 87 - O SCD/E é periodicamente analisado de modo a determinar necessidades de modificação e actualização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 88 - Os indicadores produzidos pelos SCD/E são fiáveis, exequíveis e objectivos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 89 - As actividades contempladas no SCD/E são as que possuem maior significado na carga de trabalho dos enfermeiros. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 90 - O SCD/E fornece dados quantitativos para a determinação das necessidades em recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 91 - O SCD/E permite identificar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 92 - O SCD/E permite orientar a dotação de recursos humanos de enfermagem, das unidades de cuidados e da organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 93 - O SCD/E fornece dados que podem ser utilizados para a admissão de pessoal de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 94 - O SCD/E permite caracterizar os doentes ao nível das unidades de cuidados/ serviços, da organização e nacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 95 - Os colaboradores estão familiarizados com os conceitos e linguagem do SCD/E, contribuindo para a uniformização dos registos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 96 - O SCD/E contribui para o planeamento de cuidados. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 97 - O SCD/E contribui para a prescrição das acções/intervenções autónomas de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Em que medida cada um dos seguintes aspectos contribui para a operacionalização prática do SCD/E, na sua organização. Assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 98 - O SCD/E contribui para a prescrição das intervenções interdependentes de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 99 - O SCD/E permite conhecer a evolução clínica do doente. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 100 - Deve existir um responsável pela elaboração dos relatórios do SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 101 - O SCD/E constitui um sistema coerente. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 102 - O SCD/E possui um elevado grau de conformidade interna e externa. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 103 - Os resultados do SCD/E são analisados em reunião de adjuntos do/a Enfermeiro/a Director/a. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 104 - Os resultados do SCD/E são analisados em reunião de Enfermeiros Chefes. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 105 - Existem instruções para a adequação das Horas de Cuidados Prestadas às Horas de Cuidados Necessárias. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 106 - A distribuição dos doentes deve ser equitativa e basear-se nas Horas de Cuidados Necessárias. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 107 - Aos enfermeiros recém-admitidos é proporcionada formação sobre SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 108 - A identificação e tratamento das não conformidades e dos indicadores permite programar formação para os colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 109 - A eficácia das acções correctivas é avaliada. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 110 - Deve existir uma estrutura de coordenação para análise e seguimento das acções correctivas e preventivas. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 111 - As auditorias são consideradas como uma alavanca para fazer progredir a qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Q 112 - A mobilidade de pessoal de enfermagem efectua-se com base no SCD/E: Sim 1 Não 2

Q 112.1 - Se respondeu "SIM", indique a periodicidade da mobilidade e por favor, a(s) razões:

Q 112.2 - Se respondeu "NÃO", indique por favor, a(s) razões:

Q 113 - O SCD/E faculta uma base sólida para a determinação das necessidades de pessoal: Sim 1 Não 2

Q 113.1 - Se respondeu "NÃO", indique por favor, a(s) razões:

Q 114 - Os resultados do SCD/E são analisados em Conselho de Administração: Sim 1 Não 2

Q 114.1 - Se respondeu "SIM", indique por favor, os resultados práticos:

Q 114.2 - Se respondeu "NÃO", indique por favor, as razões:

Q 115 - Qual a percentagem de enfermeiros utilizadores do SCD/E com formação na área do sistema:

Q 115.1 - Enfermeiros /Enfermeiros Graduados/Enfermeiros Especialistas				%
Q 115.2 - Enfermeiros Chefes				%

Q 116 - O/A Enfermeiro/a Director/a possui formação sobre SCD/E: Sim 1 Não 2

Q 117 - Na sua perspectiva, as vantagens da utilização da informação e dos indicadores produzidos pelo SCD/E são (assinale por ordem de prioridade do 1º ao 7º):

Optimizar os recursos de enfermagem disponíveis.	
Planear os cuidados a prestar.	
Tomada de decisão em relação aos recursos de enfermagem em tempo útil.	
Gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço.	
Gestão da qualidade dos cuidados de saúde prestados.	
Identificar as necessidades em recursos de enfermagem.	
Adequar a dotação dos quadros de pessoal.	

Q 118 - Na organização dos cuidados de enfermagem considera que o SCD/E contribui para (assinale por ordem de prioridade do 1º ao 9º):

Gestão da qualidade dos cuidados de saúde prestados.	
Operacionalização da metodologia de prestação de cuidados de enfermagem.	
Gestão de recursos humanos das auxiliares de acção médica.	
Definição do quadro de referências da sua organização.	
Constitui um indicador para avaliar a gestão da organização.	
Implementação de impressos específicos para os registos de enfermagem.	
Gestão de recursos humanos de enfermagem.	
Constitui um indicador para avaliar a gestão da unidade de cuidados.	
Operacionalização da metodologia científica dos cuidados de enfermagem.	

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

119 - Os recursos humanos representam o factor crítico das organizações, mas sem os quais não há competitividade e sucesso organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Qual o seu grau de concordância, com as seguintes afirmações, assinale uma das 6 posições que pode encontrar na escala.

(1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - discordo parcialmente; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo; 6 - concordo totalmente)

- 120 - Os recursos humanos são envolvidos e responsabilizados pelos resultados alcançados no SCD/E. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 121 - A gestão estratégica de recursos humanos influi na produtividade e eficácia organizacional. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 122 - A eficácia organizacional está relacionada com as práticas de gestão. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 123 - A eficácia organizacional está relacionada com a(s) política(s) de gestão de recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 124 - A eficácia organizacional está relacionada com a afectação e locação de recursos humanos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 125 - A eficácia organizacional da gestão de recursos humanos, permite colocar a pessoa certa, no local e momento certo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 126 - A gestão dos recursos humanos implica flexibilidade, coerência, pertinência e adaptação dos recursos. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 127 - Para alcançar a qualidade de cuidados deve existir a adequação entre volume de trabalho e as horas disponíveis de enfermagem. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 128 - A distribuição equitativa de recursos humanos interfere na qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 129 - A ausência de sistemas de controlo de recursos humanos interfere na qualidade. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 130 - O SCD/E constitui uma metodologia de gestão de recursos humanos proactiva. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 131 - A capacidade de estruturar a organização depende apenas do ambiente externo. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 132 - A capacidade de estruturar a organização depende apenas do ambiente interno. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 133 - A missão da organização pode motivar o empenhamento dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 134 - A filosofia da organização pode motivar o empenhamento dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 135 - Os valores da organização podem motivar o empenhamento dos colaboradores. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 136 - A gestão estratégica dos recursos humanos visa a articulação e ajustamento entre as pessoas e as necessidades identificadas. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 137 - A gestão estratégica dos recursos humanos visa a utilização total dos recursos humanos disponíveis. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica
- 138 - Na gestão de recursos humanos devem ser considerados, o utente, a equipa e a organização. 1 2 3 4 5 6 Não sabe Não se aplica

Obrigado pela sua Colaboração