

# Indicadores de Qualidade e Práticas de Cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração

## Quality Indicators and Nursing Care Practices in Long Term Care

**Grilo, Eugénia <sup>a</sup>; Mendes, Felismina <sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Instituto Politécnico de Castelo Branco – ESALD; Doutoranda - UCP

Avenida do Empresário - Campus da Talagueira  
6000-767 Castelo Branco, Portugal

[eugenia@ipcb.pt](mailto:eugenia@ipcb.pt)

<sup>b</sup> Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem

Largo Nossa Senhora da Pobreza, 7000 Évora, Portugal

[fm@uevora.pt](mailto:fm@uevora.pt)

### 1. RESUMO

Pretendeu-se com este estudo dar a conhecer a realidade dos Cuidados de Longa Duração numa determinada área geográfica do país e alertar os responsáveis e decisores políticos para a necessidade de um novo olhar sobre os cuidados de saúde prestados nestes contextos. Estudaram-se seis estruturas residenciais para idosos e os rácios de cuidados de enfermagem e os discursos dos atores foram interpretados à luz dos indicadores de qualidade disponibilizados pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research. O número de horas de cuidados de enfermagem apresenta um défice muito elevado. O melhor rácio, de 0,17 horas por dia e por utente, é um valor muito diferente do considerado como requisito de qualidade mínima, ou 50%, que é de 0.31 horas. Os discursos dos enfermeiros e dos idosos confirmam esta desadequação e os constrangimentos que dela decorrem.

### ABSTRACT

The aim of this study was to make known the reality of long-term care in a specific geographic area of Portugal and alert policy makers to the need a new perspective on health care provided in these settings. We studied six senior living facilities and nursing care ratios and the speeches of the actors were interpreted in light of *Indicators for care homes* provided by the European Centre for Social Welfare Policy and Research. The number of hours of nursing care, have a very high deficit. Best ratio was 0.17 hours per day and per user, very different from the value considered as minimum quality requirement, or 50%, which is 0.31 hours. The speeches of the nurses and elderly confirm this mismatch and constraints deriving from.

### 2. INTRODUÇÃO

Os cuidados de longa duração ou Long Term Care (LTC) estão no centro do debate na União Europeia, pela constatação do crescente o número de pessoas idosas e frágeis que precisam de cuidados que exigem mudanças estruturais nos sistemas e recursos existentes. Os últimos anos foram marcados por iniciativas e medidas destinadas a responder às necessidades das pessoas idosas e das suas famílias. No nosso país, salientam-se a criação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a publicação da Portaria nº 67/2012 de 21 de Março<sup>1</sup>, que define as condições de organização e funcionamento das estruturas residenciais para pessoas idosas. Noutros países, organizações e projetos de investigação tomaram os LTC como foco de atenção num esforço comprometido de promover e desenvolver a qualidade nestes contextos de cuidados como foi o projeto coordenado pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research<sup>2</sup>.

Os LTC no nosso país estão organizados num modelo misto de responsabilidade partilhada pela saúde e pela segurança social, e são assegurados por estruturas da RNCCI e pelas estruturas residenciais. Ao nível da Comunidade Europeia os LTC “abrange três objetivos interligados e mutuamente acordados para os serviços prestados: acesso universal, elevada qualidade e sustentabilidade de longo prazo”<sup>3</sup>. Assentes em valores, modelos, e modos de organização muito diversos demoraram a ser reconhecidos como área de cuidados de responsabilidade pública e a garantia da qualidade nestes contextos apresenta um padrão desigual nos diferentes países.

A qualidade, enquanto característica intrínseca do bom, pode ser concebida como uma construção social que depende de valores e categorias cognitivas de cada pessoa em particular e da forma como cada um perspetiva os cuidados e o trabalho de cuidar<sup>4</sup>. Os autores já referidos consideram ainda como característica da qualidade, a impossibilidade de ser avaliada por si só, sendo mandatário avaliá-la em relação à finalidade ou finalidades e ao bem considerado que deverá cumprir.

Embora existia a distinção entre indicadores de estrutura, de processo e de resultado<sup>4</sup>, a distinção entre os dois últimos, nem sempre é clara quando se pretende medir a qualidade. Os indicadores de processo representam o conteúdo das ações e procedimentos invocados pelo prestador em resposta à condição avaliada de quem recebe os cuidados. No contexto específico dos LTC “a qualidade do processo inclui aquelas as atividades que acontecem com e entre os profissionais de saúde e os residentes”, e “as medidas de resultado representam a aplicação desse processo”<sup>4</sup>.

Do trabalho desenvolvido pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research ficou a evidência de que os padrões de qualidade nestes contextos se centram sobretudo nas atividades práticas, embora estas estejam relacionadas com as estruturas e os processos. O desempenho económico e as questões de liderança foram também domínios usados para definir, medir e avaliar a qualidade dos resultados nestes contextos, mas a importância maior foi dada aos cuidados de enfermagem e à qualidade de vida dos utentes<sup>2</sup>.

Na tabela 1 apresentam-se apenas alguns dos 94 indicadores de qualidade e respetivos domínios definidos para avaliar a qualidade nestes contextos de cuidados.

Tabela 1- Lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados e respetivos domínios

<b>Indicador</b>	<b>Domínio</b>
<b>Tempo médio de cuidados diretos por dia e por residente</b>	Processo de Cuidados
<b>Percentagem de residentes com úlcera por pressão de categoria 2-4 adquiridas no atual contexto de cuidados.</b>	Qualidade e segurança dos cuidados
<b>Percentagem de residentes em que foi reportado um erro de medicação nos últimos 30 dias</b>	Qualidade e segurança dos cuidados
<b>Percentagem de residentes com sintomas de desidratação</b>	Qualidade e segurança nos cuidados (gestão do risco)
<b>Percentagem de residentes que teve um incidente de queda nos últimos 30 dias</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes com incontinência urinária há pelo menos uma semana.</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes com cateter urinário de longa duração inserido há mais de 14 dias.</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes que sofreram de dor nos últimos 30 dias.</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes que estão satisfeitos com os seus cuidados pessoais</b>	Saúde e bem estar
<b>Percentagem de residentes com contraturas</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes acamados</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes com uma avaliação da capacidade para se alimentar de forma independente ou riscos relacionados</b>	Qualidade e segurança nos cuidados
<b>Percentagem de residentes que sentem que o pessoal da unidade conhece a sua história de vida.</b>	Qualidade de vida, gestão da identidade
<b>Percentagem de funcionários que sentem que correm riscos informados nos cuidados aos residentes.</b>	Qualidade de vida, decisões partilhadas
<b>Percentagem de residentes que sente que os funcionários são seus amigos.</b>	Qualidade de vida, sentido de pertença
<b>Percentagem de residentes que sentem que não há pessoal suficiente para responder às suas necessidades</b>	Qualidade de vida
<b>Percentagem de residentes que sente que a sua saúde é promovida para otimizar a sua qualidade de vida</b>	Qualidade de vida, Promoção da saúde

Fonte: Measuring Progress: Indicators for care homes (2010).

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de características exploratórias foi realizado em 6 estruturas residenciais da região centro do país. A evidência foi recolhida através da observação direta e de entrevistas aos diretores técnicos, enfermeiros e utentes aos quais foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Decorreu entre junho e dezembro de 2012.

Os rácios foram calculados a partir da Portaria nº 67/2012 de 21 de Março que define os recursos de cuidados de enfermagem para este tipo de equipamento, “um enfermeiro (a), por cada 40 residentes” (artº 12, nº1, alínea b)<sup>1</sup>. Considerou-se que um enfermeiro (a) corresponde a uma jornada de trabalho ou seja 8 horas de cuidados por dia. A partir deste pressuposto e do número de residentes, calculou-se a média de horas de cuidados por dia, e por residente, considerando os 7 dias da semana.

### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas estruturas residenciais estudadas verificou-se uma grande diversidade tanto em termos de estrutura e de capacidade, como em termos de recursos e de horas de cuidados dispensados como revela a Tabela 2.

Tabela 2: Número horas e cuidados esperados e recebidos por utente e por dia em cada estrutura residencial

Estrutura Residencial	Nº de Residentes da Estrutura	Horas de Cuidados de Enfermagem Esperados /Dia	Horas de Cuidados de Enfermagem Efetivos / Dia	Horas de Cuidados de Enfermagem/Dia /Utente
A	80	16	8	0,1
B	300	60	24	0,08
C	52	10,4	5	0,09
D	100	20	11,7	0,17
E	150	30	24	0,16
F	140	28	11,1	0,08

Como os dados evidenciam, o défice de horas de cuidados de enfermagem, em 3 das estruturas estudadas não chega a 50% das horas de cuidados esperadas de acordo com a legislação em vigor. Mas se for considerado o referido no nº3 da portaria já referida, “Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência os rácios de pessoal de enfermagem, são os seguintes: Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes”<sup>1</sup>, o défice é muito mais significativo, embora não fosse confirmado porque as prioridades de cuidados nestes contextos não incluem a avaliação regular do nível de dependência. Não há consenso total sobre os rácios de dotações seguras, mas algumas décadas de investigação nos Estados Unidos da América, confirmam que a qualidade dos cuidados de enfermagem nos LTC, é impossível de alcançar sem a preocupação e a obrigação de estas serem garantidas<sup>5</sup>. Um estudo mais recente<sup>6</sup>, considera que para Registered Nurses (enfermeiras qualificadas com pelo menos três anos de formação, uma vez que existem outros níveis de formação em enfermagem), rácios de 0,31 horas por dia e por residente permitem apenas níveis de qualidade de 50% considerados como mínimos, e rácios de 1.8 horas, permitem níveis de qualidade de 75%, enquanto para níveis de qualidade de 90% foram consideradas indispensáveis 3.3 horas de cuidados de enfermagem por dia e por residente.

O défice de horas de cuidados de enfermagem também foi reconhecido pelos enfermeiros quando se lhes foi pedido para falarem dos cuidados prestados nestes contextos.

“Não consigo chegar a todos.” “Não sei precisar quantas horas do meu dia gasto a preparar a terapêutica, mas gasto muitas...a maior parte delas”... “Não resta quase tempo para mais nada.

(Enfª Ana, Estrutura Residencial A)

“Os idosos têm exigências muito específicas e nem sempre se conseguem identificar nos primeiros contactos. Demora o seu tempo... e tempo às vezes não é o suficiente...”.

“Perdemos muito tempo com a medicação, quase que as nossas atividades se limitam a isso”.

(Enfª Joana, Estrutura Residencial B)

*“...O que nos ocupa mais tempo é a preparação da medicação, que ocupa muito tempo, (...) é a execução dos pensos dos utentes acamados”...a falta de tempo é o grande responsável pelas dificuldades que sinto aqui...”*

*(Enfº Manuel, Estrutura Residencial B)*

Embora os enfermeiros sejam positivamente considerados pelos utentes, eles, reconhecem também a desadequação dos rácios, em que falta de tempo é o elemento comum dos discursos.

*“Andam toda a tarde a dar medicamentos”. “Eles não falam muito, mas também não podem fazer tudo... os doentes são muitos e não podem dar assim muita atenção a todos...”*

*(Residente Maria, Estrutura, Residencial B)*

*“Esta enfermeira que cá está agora, é muito atenciosa, mas às vezes sinto que ela não contribuiu com aquilo que eu desejava (...) ela não pode fazer milagres, e acho que nem sempre terá muito tempo...”*

*(Residente Carolina, Estrutura, Residencial C)*

*“São amigos de brincar, de puxar conversas... E olhe que às vezes nem têm tempo, é tanta gente...eles nunca param”...e ensinaram-me para ser eu a pôr o oxigénio”. Nem sei, onde eles vão buscar tanta paciência para tratarem da gente”.*

*(Residente Manuel, Estrutura, Residencial E)*

Defende-se atualmente uma mudança na filosofia e nos modelos de assistência aos idosos em que o modelo tradicional, centrado na doença e dependência, e assente em rotinas institucionais, dê lugar a um modelo descrito como “cultura da mudança”. Este, associa novos constructos a novas práticas, salientam-se entre os primeiros, o “cuidado centrado na pessoa”, “as relações de proximidade”, o “empoderamento pessoal”, a “liderança descentralizada e participada” e “processos sistemáticos de melhoria de qualidade”, que exigem práticas flexíveis e escolhas dos idosos, compromissos entre quem presta e quem recebe cuidados, promoção da visão/ missão da instituição e o uso da informação para monitorizar a qualidade dos cuidados prestados<sup>7</sup>.

## **5. CONCLUSÕES**

A necessidade de aumentar a eficiência e eficácia dos cuidados de saúde dispensados às pessoas idosas, apela à implementação de sistemas de gestão da qualidade que passam obrigatoriamente pelo uso de indicadores capazes de orientar os cuidados para os resultados, mas também de responder às exigências económicas e sobretudo às necessidades dos idosos e suas famílias. Contudo os rácios de cuidados de enfermagem definidos na lei e particularmente os existentes nos contextos analisados, apenas permitem responder aos cuidados de saúde prioritários, realidade que é reconhecida tanto por quem cuida como por quem é cuidado, colocando as práticas destes contextos no sentido oposto a aquele que hoje é preconizado e defendido na assistência aos idosos na maioria dos estados membros. Face aos desafios a mudança nestes contextos de cuidados é imperativa e deverá envolver os conhecimentos dos atores nas tomadas de decisão.

## **6. REFERÊNCIAS**

1. Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, 2006.
2. European centre for social welfare policy and research, Measuring Progress: Indicators for care homes, Vienna, Austria, 2010:6.  
[http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS\\_ENGLISH.pdf](http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf). (acedido em 3.01.2013).
3. Comunidades Europeias, Cuidados de Longa Duração, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2008, ISBN 978-92-79-09591.
7. Nies, Henk [et al], Quality management and quality assurance in LTC | European Overview Paper, European Commission under the Seventh Framework Programme, 2010; 7
5. Ausserhofer D., Schubert M., Desmedt M., Blegen M. A., Geest S., Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey, International Journal of Nursing Studies 50, 2013: 240–252.
6. Harrington, Charlene, Nursing Home Staffing Standards in State Statutes and Regulations The Massachusetts Advocates for Nursing Home Reform (“MANHR”)2010.  
<http://www.manhr.org/default.aspx>, (acedido em 13.04.2013).
7. McCormack B., Roberts T., Meyer J., Morgan D. & Boscart V. Appreciating the ‘person’ in long-term care. International Journal of Older People Nursing, 7, 2012:284–294.