

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Sistemas de Informação em Enfermagem

Um estudo sobre a relevância da informação de referência
para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof. Doutor Paulino Artur Ferreira de Sousa

Coorientação:

Mestre Manuel Fernando dos Santos Oliveira

José Luís Dine Falcão Sincer e Sepúlveda

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pela vida e pela oportunidade de chegar até aqui.

Ao Professor Doutor Paulino Sousa, pela sua inspiração, disponibilidade e sábia orientação.

À Professora Doutora Margarida Abreu, pelo ânimo e incentivo para ingressar nesta jornada.

Ao Mestre Fernando Oliveira, pela sua coorientação e colaboração, na realização deste percurso de investigação.

À Administração Regional de Saúde do Norte, pela autorização e pelo interesse na realização deste estudo.

Ao CIT – Centro de Informática e Técnico da Escola Superior de Enfermagem do Porto, por ter permitido e colaborado na colocação *online* do questionário.

Aos enfermeiros que se voluntariaram para colaborar neste trabalho, quer nas entrevistas, quer nos questionários.

Aos meus colegas de trabalho pela paciência, compreensão e apoio, ao longo desta (longa) jornada.

Ao Adriano por se ter oferecido para mudar de local de trabalho para permitir que pudéssemos percorrer este caminho em simultâneo.

À Ana Paula pela ajuda e conselhos preciosos.

Aos amigos que sempre me incentivaram e compreenderam as minhas ausências.

Aos meus pais, por me terem ensinado e incentivado a nunca desistir, desde a infância.

À minha avó, irmãos, cunhadas, sobrinhos e sogros, pelo carinho e orações constantes.

À minha querida esposa Nela. Todas as palavras e gestos de agradecimento serão sempre insuficientes para te compensar.

A todos... MUITO OBRIGADO!

*"[Florence Nightingale] found statistics
'more enlivening than a novel'
and loved to 'bite on a hard fact.'"*
(WOODHAM-SMITH)

ABREVIATURAS/SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARS-N – ARS Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

DP – Desvio-padrão

ECL – Equipa Coordenadora Local dos Cuidados Continuados Integrados

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ERACeS – Equipa Referenciadora do ACeS

ESEnfSJ – Escola Superior de Enfermagem de São João

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. – e outros

Fa – Frequência Acumulada

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

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

op. cit. – obra citada

PAHO – Pan American Health Organization

passim – ao longo do livro/documento

p. - página

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNU – Registo Nacional de Utentes do MS

ROE – Revista da Ordem dos Enfermeiros
RRE – Regime Remuneratório Experimental
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SI – Sistema de Informação
SIE – Sistema de Informação de Enfermagem
SIRNCCI – Sistema de Informação da RNCCI
SMS – Serviços Médico-Sociais
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TSSS – Técnico Superior do Serviço Social
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UC – Unidade de Convalescença da RNCCI
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos da RNCCI
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UDPA – Unidade de Dia e Promoção da Autonomia da RNCCI
ULDm – Unidade de Longa Duração e Manutenção da RNCCI
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação da RNCCI
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
 \bar{x} – Média
 \tilde{x} – Mediana

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	7
2. A RNCCI, OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	7
2.1. EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	7
2.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	7
2.2.1. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA RNCCI	7
2.2.1.1. GESTCARE® CCI	7
2.2.1.2. SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM (SAPE)	7
3. MATERIAL E MÉTODOS	7
3.1. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	7
3.2. FINALIDADE	7
3.2.1. PERGUNTAS “DE PARTIDA”	7
3.3. CONTEXTO DO ESTUDO	7
3.4. TIPO DE ESTUDO.....	7
3.4.1. ABORDAGEM QUALITATIVA: MOMENTO I.....	7
3.4.2. ABORDAGEM QUANTITATIVA: MOMENTO II	7
4. RESULTADOS	7
4.1. MOMENTO I	7
4.1.1. RELEVÂNCIA DA INFORMAÇÃO.....	7
4.1.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE	7
4.1.1.1.1. Identificação.....	7
4.1.1.1.2. Condições Socioeconómicas	7
4.1.1.2. REDE DE SUPORTE	7
4.1.1.2.1. Suporte familiar	7
4.1.1.2.2. Outras Estruturas de Apoio.....	7
4.1.1.2.3. Cuidador Informal.....	7
4.1.1.3. INFORMAÇÃO DE PRODUÇÃO MÉDICA.....	7
4.1.1.3.1. Diagnósticos médicos.....	7
4.1.1.3.2. Tratamento medicamentoso	7
4.1.1.3.3. Outras atitudes Terapêuticas.....	7
4.1.1.4. INFORMAÇÃO DE PRODUÇÃO DE ENFERMAGEM.....	7
4.1.1.4.1. Dados de Avaliação	7
4.1.1.4.2. Diagnósticos/Resultados de Enfermagem	7
4.1.1.4.3. Intervenções de Enfermagem.....	7
4.1.2. ACESSIBILIDADE À INFORMAÇÃO	7
4.1.3. REPOSITÓRIOS DA INFORMAÇÃO RELEVANTE	7
4.1.3.1. SAPE	7
4.1.3.2. GESTCARE® CCI	7
4.1.3.3. CARTA DE ALTA	7
4.1.3.4. REDE DE SUPORTE	7
4.1.3.5. SERVIÇO REFERENCIADOR	7
4.1.3.6. OUTROS REPOSITÓRIOS.....	7

4.2. MOMENTO II	7
4.2.1. <i>CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</i>	7
4.2.2. <i>RELEVÂNCIA/ACESSIBILIDADE DA INFORMAÇÃO</i>	7
4.2.2.1. RELEVÂNCIA DOS DADOS/INFORMAÇÃO DOCUMENTADA NO SIRNCCI (GESTCARE® CCI) PARA EFEITOS DE CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	7
4.2.2.2. ACESSIBILIDADE DOS DADOS/INFORMAÇÃO DOCUMENTADA NO SIRNCCI (GESTCARE® CCI) PARA EFEITOS DE CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	7
4.2.2.3. ANÁLISE COMPARATIVA RELEVÂNCIA/ACESSIBILIDADE DOS DADOS/INFORMAÇÃO	7
4.2.2.4. DIMENSÕES ESPECÍFICAS DE DADOS/INFORMAÇÃO	7
4.2.2.4.1. Identificação e Caracterização do Utente	7
4.2.2.4.2. Literacia do Utente.....	7
4.2.2.4.3. Condição Socioeconómica do Utente	7
4.2.2.4.4. Motivo da Solicitação de Ingresso do Utente na RNCCI.....	7
4.2.2.4.5. Contacto Privilegiado do Utente	7
4.2.2.4.6. Rede de Suporte do Utente.....	7
4.2.2.4.7. Prestadores de Cuidados do Utente	7
4.2.2.4.8. Condições Habitacionais do Utente	7
4.2.2.4.9. Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)	7
4.2.2.4.10. Informação de Referenciação Produzida pelo Enfermeiro	7
4.2.2.4.11. Informação de Referenciação Produzida pelo Médico	7
4.2.2.4.12. Informação Relativa à Avaliação Produzida pelo TSSS.....	7
4.2.3. <i>RELEVÂNCIA E ACESSIBILIDADE DAS PRINCIPAIS DIMENSÕES DE INFORMAÇÃO</i>	7
4.2.4. <i>ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE E A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O NÍVEL DE RELEVÂNCIA E ACESSIBILIDADE DAS DIMENSÕES DE INFORMAÇÃO E AS VARIÁVEIS EM ESTUDO: SEXO, CATEGORIA PROFISSIONAL, IDADE, TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL E TEMPO EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ECL E NA ECCI</i>	7
5. DISCUSSÃO	7
6. CONCLUSÕES	7
7. BIBLIOGRAFIA	7
ANEXOS	7
<i>ANEXO I - PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE, DA ARS NORTE</i>	
<i>ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE, DA ARS NORTE</i>	
<i>ANEXO III - GUIÃO DA ENTREVISTA</i>	
<i>ANEXO IV - CONSENTIMENTO INFORMADO</i>	
<i>ANEXO V - DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE O ESTUDO</i>	
<i>ANEXO VI - QUESTIONÁRIO</i>	
<i>ANEXO VII - DADOS GLOBAIS RELATIVOS À RELEVÂNCIA</i>	
<i>ANEXO VIII - DADOS GLOBAIS RELATIVOS À ACESSIBILIDADE</i>	
<i>ANEXO IX - RESULTADOS DO TESTE DE MANN-WHITNEY PARA A VARIÁVEL “SEXO”</i>	
<i>ANEXO X - RESULTADOS DO TESTE DE MANN-WHITNEY PARA A VARIÁVEL “CATEGORIA PROFISSIONAL”</i>	
<i>ANEXO XI - RESULTADOS DO TESTE CORRELAÇÃO DE POSTOS DE SPEARMAN</i>	
<i>ANEXO XII - ITENS DE INFORMAÇÃO, POR ORDEM DECRESCENTE DE RELEVÂNCIA</i>	
<i>ANEXO XIII - ITENS DE INFORMAÇÃO, POR ORDEM DECRESCENTE DE ACESSIBILIDADE</i>	
<i>ANEXO XIV - ITENS DE INFORMAÇÃO AVALIADOS</i>	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo.....	7
QUADRO 2: Estatística descritiva das variáveis Idade, Tempo de Exercício Profissional, Tempo de Exercício na ECL e Tempo de Exercício na ECCL.....	7
QUADRO 3: Estatística descritiva dos itens “muito relevantes”	7
QUADRO 4: Estatística descritiva dos dez itens de informação menos relevantes.....	7
QUADRO 5: Estatística descritiva dos treze itens de informação mais acessíveis.....	7
QUADRO 6: Estatística descritiva dos itens simultaneamente “muito relevantes” e “muito acessíveis”	7
QUADRO 7: Comparação entre relevância e acessibilidade, dos 10 itens com scores médios menos elevados em termos de relevância (por ordem decrescente).....	7
QUADRO 8: Comparação entre relevância e acessibilidade dos 10 itens com scores médios menos elevados em termos de acessibilidade (por ordem decrescente)	7
QUADRO 9: Estatística descritiva da dimensão “Identificação e caracterização do utente” ..	7
QUADRO 10: Estatística descritiva da dimensão “Literacia do utente”	7
QUADRO 11: Estatística descritiva da dimensão “Condição socioeconómica do utente”	7
QUADRO 12: Estatística descritiva da dimensão “Motivo da solicitação de ingresso do utente na RNCCI”	7
QUADRO 13: Estatística descritiva da dimensão “Contacto privilegiado do utente”	7
QUADRO 14: Estatística descritiva da dimensão “Rede de suporte do utente”	7
QUADRO 15: Estatística descritiva da dimensão “Prestadores de cuidados do utente”	7
QUADRO 16: Estatística descritiva da dimensão “Condições Habitacionais do utente”	7
QUADRO 17: Estatística descritiva da dimensão “Instrumento de Avaliação Integrada”	7
QUADRO 18: Estatística descritiva da dimensão “Informação de referência produzida pelo enfermeiro”	7
QUADRO 19: Estatística descritiva da dimensão “Informação de referência produzida pelo médico”	7
QUADRO 20: Estatística descritiva da dimensão “Informação relativa à avaliação produzida pelo TSSS”	7
QUADRO 21: Estatística descritiva das dimensões dos dados/informação, por ordem decrescente de relevância	7
QUADRO 22: Estatística descritiva das dimensões dos dados/informação menos acessíveis (por ordem crescente)	7
QUADRO 23: Estatística descritiva global, relativa à relevância	7
QUADRO 24: Estatística descritiva global, relativa à acessibilidade	7

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Comparação das médias dos itens da dimensão: Identificação e caracterização do utente	7
GRÁFICO 2: Comparação das médias dos itens da dimensão: Literacia do utente	7
GRÁFICO 3: Comparação das médias dos itens da dimensão: Condição socioeconómica do utente	7
GRÁFICO 4: Comparação das médias dos itens da dimensão: Rede de suporte do utente	7
GRÁFICO 5: Comparação das médias dos itens da dimensão: Prestadores de cuidados do utente	7
GRÁFICO 6: Comparação das médias dos itens da dimensão: Condições habitacionais do utente	7
GRÁFICO 7: Comparação das médias dos itens da dimensão: Instrumento de Avaliação Integrada.....	7
GRÁFICO 8: Comparação das médias dos itens da dimensão Informação de referência produzida pelo enfermeiro.....	7
GRÁFICO 9: Comparação das médias dos itens da dimensão Informação de referência produzida pelo médico.....	7
GRÁFICO 10: Comparação dos scores médios globais das dimensões dos dados/informação	7
GRÁFICO 11: Itens de Informação, por ordem decrescente de relevância	7
GRÁFICO 12: Itens de Informação, por ordem decrescente de acessibilidade	7
GRÁFICO 13: Itens de Informação avaliados	191

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama da Estrutura Orgânica dos ACeS.....	7
FIGURA 2: Diagrama de Interações na RNCCI	7
FIGURA 3: Updated Information Systems Success Model	7
FIGURA 4: Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem	7

RESUMO

Os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) têm necessidade de aceder a dados de referência específicos, que devem ser fornecidos pelo sistema de informação (SI) em uso Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Muitas vezes a informação disponibilizada não tem a relevância e a acessibilidade que são necessárias para que os objetivos da utilização do sistema sejam atingidos.

Os objetivos deste trabalho de investigação foram: identificar os dados/informação de referência documentada nos SI da RNCCI que relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem; identificar os repositórios de dados/informação de referência para a RNCCI; e identificar o nível de acessibilidade aos dados/informação de referência para a RNCCI que, na perspetiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem.

Foi realizado um estudo transversal, exploratório e descritivo de caráter misto (qualitativo e quantitativo), desenvolvido em dois momentos, com recurso ao uso de entrevistas semiestruturadas (primeiro momento) e questionários em linha (segundo momento), como estratégias de recolha de dados. As entrevistas realizadas foram fundamentais para a construção do questionário utilizado no segundo momento. O questionário foi dirigido a enfermeiros que exerciam a atividade profissional nas ECCI e ECL da Região de Saúde do Norte. Dos enfermeiros que voluntariamente forneceram os seus endereços eletrónicos para receberem a hiperligação para o questionário em linha (103), o estudo contou com uma amostra final, não probabilística e de conveniência, de 84 questionários válidos.

Do estudo fica evidente que o GestCare® CCI contém, no momento da referência, uma grande quantidade de informação relevante e deve ser considerado o principal repositório dessa informação. O SAPE é também mencionado como repositório de informação de referência relevante, mas não se posiciona como um repositório eficaz pelas limitações em termos de partilha de informação com os intervenientes da rede.

De uma maneira geral, verifica-se a existência de um padrão de respostas sistematicamente mais baixas relativamente à acessibilidade, quando comparadas com os níveis de resposta para a relevância, o que demonstra a necessidade de intervir no âmbito dos processos de referência e do próprio aplicativo GestCare® CCI, no sentido de melhorar a acessibilidade da informação relevante.

Palavras-chave: cuidados continuados, partilha de informação, sistemas de informação de enfermagem

ABSTRACT

TITLE: Nursing Information Systems: a study on the relevance of information for referral to the Integrated Continuous Care Teams.

Integrated Continuous Care Teams (ICCT) needs to access data from specific referral, which should be provided by the information system (IS) use in the National Network for Integrated Continuous Care (NNICC). Often the information provided doesn't have relevance and accessibility that are necessary to achieve the objectives of the system's use.

The objectives of this research were to identify the data / information referral documented in SI ICCNN that fall, from the perspective of nurses, for purposes of continuity of nursing care; identify repositories of data / information referral for NNICC; and identify the level of accessibility of data / information referral for NNICC that, from the perspective of nurses, relevant for the purposes of continuity of nursing care.

It was conducted a cross-sectional, descriptive and mixed (qualitative and quantitative) exploratory study, developed in two stages, with recourse to the use of semi-structured interviews (first time) and online questionnaires (second time) as data collection strategies. The interviews were fundamental in the construction of the questionnaire used in the second stage. The questionnaire was addressed to nurses who were directly involved in professional ICCT and Coordinator Local Team of North Health Region. From nurses who voluntarily provided their electronic address to receive the link to the online questionnaire (103), the study involved a sample final and non-probabilistic convenience of 84 valid questionnaires.

In general, it appears that there is a pattern of responses systematically lower relatively in accessibility when compared with the relevance level, which demonstrates that is necessary to intervene in the referral proceedings and in the system in use (GestCare CCI[®]), to improve the accessibility of relevant information.

Keywords: continuous care, information sharing, information systems, nursing

1. INTRODUÇÃO

O registo de dados sempre foi, desde os tempos mais remotos, uma necessidade do Ser Humano. As formas de o fazer foram as mais distintas, através das gravuras rupestres, ao barro, à pedra, à madeira, ao papiro, tudo tinha um objetivo específico, perpetuar no tempo dados que permitissem recordar, ensinar ou orientar o Homem no seu percurso de vida.

A enfermagem, cujo processo de profissionalização se inicia e cresce exponencialmente com Florence Nightingale, é baseada nos princípios de recolha de dados e análise dos mesmos, que permita uma tomada de decisão adequada.

Na sociedade moderna é praticamente impensável sobrevivermos sem informação. A nossa vida gira em torno da informação que geramos, analisamos, utilizamos e guardamos.

À medida que o conhecimento aumenta, aumenta também o volume da informação que é necessário gerir, o que leva à necessidade de criar sistemas que permitam gerir e guardar a informação disponível em cada vez maior quantidade. Contudo, a quantidade de informação não determina a sua qualidade. Por vezes somos confrontados com quantidades de informação descomunais e grande parte dela não serve o propósito que necessitamos.

O Ministério da Saúde (MS) afirma, no documento de estado da arte do registo de saúde eletrónico (2009), que a indisponibilidade de informação no local e momento em que se torna necessária é cada vez mais uma situação *“incompreensível e anómala”*, quer se trate dos profissionais, quer se trate dos utentes dos serviços de saúde. O mesmo documento revela ainda que a informação de saúde relevante deve estar acessível ao profissional que presta cuidados de saúde a um utente, independentemente *“do local, da origem e da prestação”*.

Surge assim a necessidade de acesso à informação que seja verdadeiramente relevante para o contexto em que precisamos dela.

Com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em Portugal em 2006, através do Decreto-Lei (DL) n.º 101/2006, surge um novo tipo de organização interinstitucional que produz grandes quantidades de informação que necessita ser armazenada, acedida e processada por diversas instituições e igualmente, por equipas multidisciplinares, que integram enfermeiros.

Os objetivos da RNCCI são *“a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”* (PORTUGAL. UMCCI, 2012).

O presente estudo incide sobre a relevância e a acessibilidade da informação de referência para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), da RNCCI, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem.

Desde 2006, a RNCCI tem sofrido evoluções, tendo sido criado um Sistema de Informação (SIRNCCI) que tem servido de suporte à informação de referência, e à monitorização da rede, incluindo funções de apoio à gestão de fluxos de utentes.

Com o uso diário do SIRNCCI surgem desafios aos enfermeiros/utilizadores do sistema, no que diz respeito à relevância e acessibilidade da informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem nestes contextos.

O objetivo central deste estudo foi identificar que informação de referência é relevante para os enfermeiros que integram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, e qual a sua acessibilidade.

A presente dissertação surge como o culminar de um processo de investigação desenvolvido no âmbito do I Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tem como principal objetivo, à semelhança de trabalhos de natureza semelhante, demonstrar a evolução e o percurso efetuado na aquisição de conhecimentos e competências de investigação.

Quanto à sua estrutura, a presente dissertação divide-se em 3 partes: a primeira parte reporta-se à revisão teórica e ao enquadramento conceptual do tema em estudo e a problemática, onde iremos abordar: o atual contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, tendo em conta as últimas reformas neste contexto de cuidados; os cuidados continuados e respetivo enquadramento no plano nacional de saúde, apresentando as diversas tipologias e respetiva articulação organizacional; e os sistemas de informação em enfermagem, em geral, e de forma mais específica o sistema de informação em uso na RNCCI. A segunda parte descreve a metodologia utilizada no percurso de investigação desenvolvido. A terceira parte a apresentação e discussão dos resultados do estudo.

No momento em que iniciamos o nosso estudo, a documentação e acesso à informação é realizado em mais do que um sistema, o que, muitas vezes, implica a duplicação de dados, pela inexistência de interoperabilidade efetiva entre o SIRNCCI e os diversos sistemas de informação próprios de cada instituição. Ao mesmo tempo, o SIRNCCI pretende gerir informação global, dirigida aos interesses de múltiplos profissionais/equipas, pelo que não tem a informação sistematizada para um grupo profissional específico. A

informação produzida por e para enfermeiros é, por vezes, lacunar, “enformando” de alguma inconsistência e dificuldade no acesso à informação relevante, o que aumenta os tempos de acesso à informação necessária e útil.

Pelos motivos apresentados, torna-se pertinente que se faça um estudo que procure: identificar qual a informação que os enfermeiros consideram relevante no momento da referência, para efeitos de continuidade de cuidados, para as ECCL, bem como a acessibilidade dessa informação. Se a informação que é relevante no momento de referência, é de difícil acesso ou inexistente, isso pode revelar a necessidade de fazer ajustes no Sistema de Informação em uso. Por outro lado, parece-nos ainda importante identificar os repositórios da informação considerada relevante, no momento, da referência. Estas foram as preocupações centrais que nos levaram à realização deste estudo.

2. A RNCCI, OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) surge em Portugal através da promulgação do DL 101/2006 de 6 de Junho justificada com o “*progressivo envelhecimento da população*” fruto do “*efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade*” (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006).

O aumento da esperança média de vida, reflete, segundo o legislador, “*a melhoria do nível de saúde dos Portugueses, nos últimos 40 anos*” (*Ibidem*).

Estamos assim perante uma população progressivamente mais idosa, com necessidades de cuidados de saúde específicos, “*decorrentes do aumento de pessoas com doenças crónicas incapacitantes*” (*Ibidem*).

Como consequência surgem necessidades de saúde e sociais às quais a RNCCI pretende dar resposta.

A RNCCI procura fazer uma ponte entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários (CSP) com uma evolução histórica de cerca de 40 anos, enquadrando-se na fase dos Centros de Saúde “de terceira geração”.

A história dos CSP em Portugal é extensa e cheia de detalhes. Não nos alongaremos em pormenores, porque não são o objetivo deste trabalho, mas abordaremos os aspetos mais relevantes da fase em que nos encontramos e que começou em 1999 com a criação dos CS “de terceira geração”.

A RNCCI surge no contexto da mudança de paradigma organizacional dos cuidados de saúde, estabelecendo-se como um modelo de prestação de cuidados num nível intermédio, entre os cuidados primários e os cuidados diferenciados. Desta forma vem preencher uma lacuna na prestação de cuidados, que havia muito, se fazia sentir, mais concretamente em relação aos utentes com necessidade de cuidados de saúde mais complexos que os cuidados de saúde primários e que, no entanto, não careciam de um internamento em hospital de agudos, com todas as implicações sociais e económicas que daí resultam.

Este modelo mostra-se inovador, em Portugal, por estabelecer uma ligação estreita entre as redes pública, solidária e privada, de prestação de cuidados de saúde, ao permitir que as mais diversas entidades integrem a RNCCI nos seus diferentes níveis de prestação de cuidados.

Esta mudança surge em plena fase de implementação dos Centros de Saúde de “terceira geração”. O Decreto-Lei (DL 157/99, de 10 de Maio) cria os chamados CS “de terceira geração”, pessoas coletivas de domínio público, com autonomia técnica,

administrativa, financeira e com património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Neste diploma fica prevista ainda a associação de CS (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2010).

Um dos objetivos subjacentes a este diploma era a descentralização da gestão das sub-regiões de Saúde para os CS, em simultâneo com a reorganização interna dos mesmos e associando a autonomia dos profissionais à responsabilidade na realização de estratégias e objetivos comuns (BRANCO *et al.*, 2001).

Este é um modelo de organização inovador, baseado nas aprendizagens conseguidas com os “projetos Alfa” e com o Regime Remuneratório Experimental. Apesar disso, devido às condições socioeconómicas e políticas do país, acabou por não ser implementado de imediato, em toda a sua extensão.

Em 2003, com a aprovação do DL 60/2003, de 1 de Abril, é criada a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Uma das principais inovações desta rede é assumir-se “*como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos*”. Além do papel do Estado, é aberta a possibilidade de coexistirem entidades de natureza privada e social, orientadas para as necessidades concretas dos cidadãos. Dois anos após, com nova mudança de governo este diploma é revogado, sendo ripristinado o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio (*Ibidem*).

Os CS “de terceira geração” têm como principal característica a complementaridade das suas unidades funcionais.

Por um lado têm as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) que procuram servir o indivíduo e a família, nos aspetos relacionados com a saúde, quer do ponto de vista preventivo, quer do ponto de vista curativo. O que distingue as USF das UCSP é apenas o modelo organizativo: as primeiras são equipas auto-constituídas, com ratios, de pessoal e de utentes, bem definidos e com objetivos de contratualização exigentes (através de uma carteira básica de serviços).

Está prevista a existência de 3 modelos:

- Modelo A – que serve de modelo básico de “*aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. Compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF*”;

- Modelo B – *“Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional [...] dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos; [...] Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho”*;
- Modelo C – *“é um “modelo experimental [...] com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS. [...] Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos”*. (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2007)

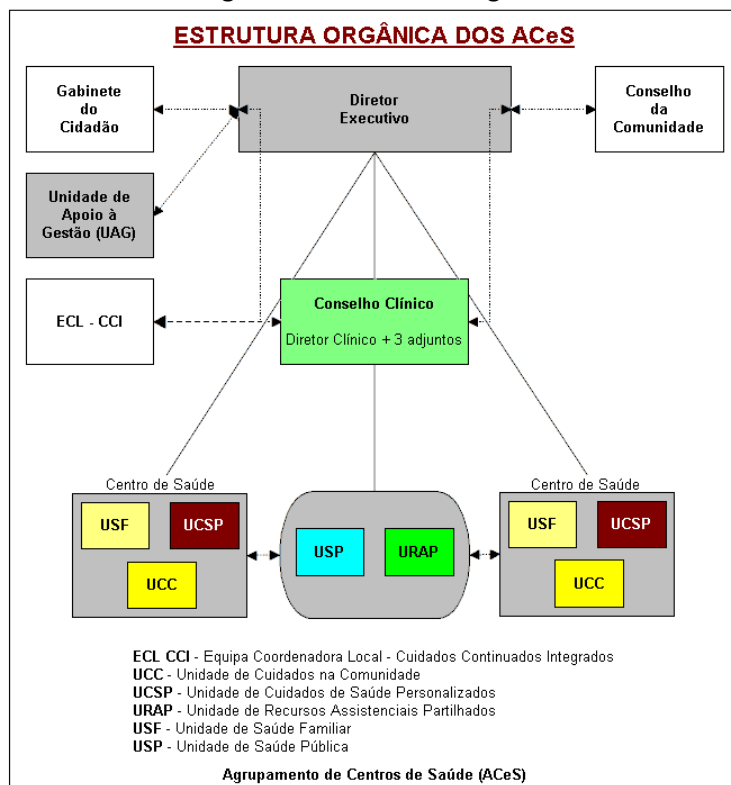
As UCSP são constituídas por elementos que não integraram nenhuma USF e que dão resposta às necessidades da restante população não abrangida pelas USF. Não têm ratios de profissionais/utentes definidos, sendo constituídas por todos os elementos que não estejam integrados em USF. Tendencialmente as UCSP acabarão por ser substituídas por USF.

Por outro lado (e de forma complementar) têm as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que procuram dar resposta às necessidades de grupos e comunidades, através dos seus programas de proximidade, quer no âmbito preventivo, quer no âmbito da reabilitação e curativo, na sua vertente mais intensiva, dentro da Comunidade.

As UCC englobam ou atuam também em estreita colaboração com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Além destas duas Unidades, os CS “de terceira geração” (também designados como Agrupamentos de Centros de Saúde – ACeS) integram ainda outras unidades como a Unidade de Saúde Pública (USP), a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). (cf. FIGURA 1)

FIGURA 1: Diagrama da Estrutura Orgânica dos ACeS¹



O objetivo geral da RNCCI é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006; PORTUGAL. RNCCI, 2010b).

Como objetivos específicos da RNCCI temos os definidos no nº 2 do Artigo 4ª do DL 101/2006, alíneas a) a g), conforme se descrevem de seguida:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;

¹ Adaptado de http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_28/Estrutura_Organica_Aces02.gif, [consultada em 02/02/2012]

- e) *O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;*
- f) *A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;*
- g) *A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.(PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006)*

Os cuidados continuados visam a recuperação global da pessoa, a promoção da autonomia e o melhoramento da sua funcionalidade, tendo por base a situação de dependência em que se encontra (PORTUGAL. UMCCI, 2012).

A coordenação nacional da RNCCI é definida por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

Esta rede está organizada em dois níveis de operacionalização – regional e local – com parcerias entre entidades públicas e privadas (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006).

A nível regional é constituída pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) instaladas ao nível das ARS, cujas competências são:

- a) *Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de ação anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;*
- b) *Orientar e consolidar os planos orçamentados de ação anuais e respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;*
- c) *Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;*
- d) *Promover a celebração de contratos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;*
- e) *Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;*
- f) *Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;*
- g) *Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;*
- h) *Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;*

- i) Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede. (Ibidem)*

A nível local existem as Equipas Coordenadoras Locais (ECL) que são estruturas localizadas nos ACeS, constituídas por, pelo menos um médico, um enfermeiro e um assistente social, cujas competências são:

- a) Identificar as necessidades e propor, à coordenação regional, ações para a cobertura das mesmas;*
- b) Consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação regional;*
- c) Divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;*
- d) Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;*
- e) Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade;*
- f) Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;*
- g) Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede. (Ibidem)*

No exercício das suas competências são as principais responsáveis pela tomada de decisão, relativamente ao ingresso, transferência e admissão dos utentes na RNCCI.

De acordo com a Missão dos Cuidados de Saúde Primários (2007), o Coordenador da Equipa Coordenadora Local (ECL) dos Cuidados Continuados Integrados deve ser, preferencialmente, um elemento da UCC.

Paralelamente a estas estruturas existem as Equipas de Gestão de Alta (EGA) e as Equipas Referenciadoras dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ERACeS), responsáveis pela referenciação de utentes para a RNCCI.

As EGA são equipas multidisciplinares, constituídas por, pelo menos, um médico, um enfermeiro e um assistente social, existentes ao nível hospitalar de agudos, cuja principal função é:

“a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.” (Ibidem)

À semelhança das EGA, as ERACeS desempenham funções idênticas ao nível dos ACeS, no âmbito da referenciação de utentes à RNCCI.

A RNCCI é também composta por Unidades Prestadoras de Cuidados que se dividem em quatro grupos:

- **Internamento:** Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM), Unidades de Cuidados Paliativos (UCP);
- **Ambulatório:** Unidades de Dia e Promoção da Autonomia (UDPA) – ainda não implementadas;
- **Respostas domiciliárias:** Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP);
- **Equipas Hospitalares:** Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).

Cada uma destas unidades recebe os doentes referenciados pelas EGA e ERACeS, depois de avaliados e admitidos na RNCCI pelas ECL e ECR, dando resposta às necessidades de cuidados continuados daqueles, nas respetivas vertentes.

Os critérios de referenciação para as diferentes unidades da rede estão legalmente definidos através do DL 101/2006, de 6 de Junho (artigo 31º), posteriormente detalhados pela UMCCI, através da Diretiva Técnica nº 1/UMCCI/2008.

São critérios gerais de referenciação para a RNCCI os seguintes:

- a) Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;*
- b) Dependência funcional prolongada;*
- c) Idosas com critérios de fragilidade;*
- d) Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial;*
- e) Doença severa, em fase avançada ou terminal. (PORTUGAL. UMCCI, 2008)*

O diagrama de fluxo (FIGURA 2) apresenta as interações entre as várias unidades da na RNCCI.

colocou-a no SIRNCCI. Depois de preenchidos os campos de avaliação necessários e recebida a informação de que o utente está em condições de receber alta hospitalar em breve, enviou o processo para a ECL da área de residência do utente, para apreciação relativamente ao cumprimento de critérios para ingresso na RNCCI, com proposta de ingresso em ECCI, por não haver indicação para unidade de internamento, uma vez que, em casa do filho (em Valongo), para onde vai viver provisoriamente, possui boas condições habitacionais e bom suporte familiar. A ECL da área de residência do Sr. António Silva apreciou o processo, verificando cada uma das avaliações efetuadas e depois de considerar estarem reunidos os critérios de admissão em ECCI, solicitou à EGA colaboração para angariação junto do utente (ou seu representante legal) a assinatura do Consentimento Informado, com indicação das preferências do utente em termos de ECCI. Ao fazê-lo o utente passou à fase de ingresso na RNCCI.

Depois de angariados os documentos, a ECL da área de residência coloca o utente em lista de espera na ECR, através do SIRNCCI.

A ECR, ao receber a indicação de que o Sr. António Silva se encontra em lista de espera, procede à verificação das preferências do utente, procurando a existência de vagas.

Uma vez que a ECCI da área de residência do filho do Sr. António Silva tem vagas, a ECR propõe o internamento utilizando para isso o SIRNCCI, pelo que a responsabilidade pelo processo passa para a ECL ACES Valongo, responsável pela ECCI Valongo, onde o utente foi colocado, com a indicação “A admitir – doente colocado”.

Assim sendo, a ECL contacta a ECCI e programa a admissão do utente para o dia seguinte. Depois disto, contacta a EGA do Centro Hospitalar de S. João para informar da programação da admissão, para que a EGA possa contactar a Unidade de AVC e providenciar a alta.

No dia seguinte, o utente tem alta, conforme previsto e vai para casa do filho onde recebe a visita da ECCI Valongo.

Entretanto a ECL ACES Valongo havia já passado a responsabilidade do processo para a ECCI Valongo, para que esta pudesse confirmar a admissão, o que é feito logo após a visita ao Sr. António Silva.

Através do SIRNCCI a ECL ACES Valongo recebe informação de que o utente foi admitido, valida a data de admissão junto da ECCI e passa de novo o processo para a ECCI Valongo, para que esta passe agora a ser responsável pelo mesmo até à alta do utente.

Este é um caso típico do fluxo de informação sobre os utentes na RNCCI. No caso de haver qualquer tipo de intercorrências, gera-se um fluxo de informação substancialmente superior.

Quando um utente é identificado como potencial candidato à RNCCI, num serviço de internamento ou na comunidade, dá-se início à sinalização do utente à EGA ou à ERACeS.

Estas equipas são responsáveis por avaliar o utente, recolherem junto das equipas cuidadoras (serviço hospitalar ou unidade de saúde familiar) todos os dados de informação que considerem relevantes para confirmarem a pertinência da referência para a RNCCI.

Depois de referenciado, o processo passa para a responsabilidade da ECL para decisão sobre a admissão ou não do utente na rede. É ainda responsabilidade da ECL garantir que a informação disponível no aplicativo é a necessária e suficiente para cabalmente validar a admissão dos utentes.

Temos então várias etapas desde que o utente é sinalizado até que o utente é admitido numa unidade de rede. Em cada uma das etapas é gerada informação que chegará às equipas prestadoras de cuidados da RNCCI.

Com este tipo de estrutura, a quantidade de informação é considerável, o que coloca novos desafios em termos de gestão da informação. Cada equipa gera, acede e processa informação dentro da rede, a qual serve de suporte ao funcionamento da mesma.

Todavia, nem sempre a informação gerada por uma estrutura da rede é a informação relevante para a outra estrutura. Tratando-se de uma rede com múltiplos cenários onde se desenrolam as mais diversas atividades de prestação de cuidados de saúde e apoio social, é necessário que haja uma verdadeira articulação entre todas as equipas e em todas as fases do processo, para que uma equipa que vai processar informação gerada por outra equipa possa ter acessível, a informação que lhe é relevante.

Com a criação da RNCCI, surgiram novas necessidades em termos de registos e de articulação e troca de informação interinstitucional, o que levou à criação de *software* específico na área dos cuidados continuados.

A criação de um programa capaz de fazer a gestão da informação mínima indispensável à tomada de decisão e partilha de informação entre as diversas equipas da RNCCI tornava-se inevitável e necessária.

Este tipo de programa é uma componente importante do Sistema de Informação da RNCCI e, como tal, deve conter / tornar acessível, toda a informação relevante para a tomada de decisão e para a continuidade dos cuidados.

Conforme referido por GUIMARÃES e ÉVORA (2004, p. 77) *“a informação é a base para a tomada de decisão, e, para que a solução sugerida aos problemas seja efetiva e acertada, as informações devem ser precisas, relevantes, oportunas, permitindo uma abordagem completa da situação.”*

2.1. Equipas de Cuidados Continuados Integrados

A ECCI é “*uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social*”. Apoia-se “*nos recursos locais (humanos e outros) disponíveis, no âmbito de cada CS e do serviço local da Segurança Social, conjugados com os outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias*”(PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006, p. 3862).

Em relação ao seu funcionamento, assegura 7 dias por semana e no horário de funcionamento normal do CS atividades como:

- f) Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais ser programadas, regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;*
- g) Cuidados de fisioterapia;*
- h) Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;*
- i) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;*
- j) Apoio na satisfação das necessidades básicas;*
- k) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;*
- l) Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;*
- m) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;*
- n) Produção e tratamento de informação por forma a garantir a organização de indicadores de avaliação.*
(PORTUGAL. Ministério da Saúde; MCSP, 2007, p. 13-14)

São unidades que atuam junto de dois tipos de utentes:

1. “*Pessoa em situação de dependência*” que se enquadre nas seguintes características:
 - a. Intensidade de cuidados que ultrapasse aos limites da capacidade instalada na equipa da USF, em harmonia com a sua carteira de serviços;
 - b. Pessoa acamada a maior parte do tempo, dependente maioritariamente de terceiros para realização das Atividades de Vida Diária (AVD), não abrangidas por USF (ou outra unidade funcional do CS), ou que, por doença, apresente “*marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente para fora do seu domicílio*”;

2. *“Familiares/Cuidadores” que necessitem: “cuidados de suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio do doente acima identificado.”*

(PORTUGAL. Ministério da Saúde; MCSP, 2007, p. 13-14)

É também condição para a prestação de cuidados pelas ECCL que os utentes que deles necessitam residam (temporária ou permanentemente) na área de influência do CS (*Ibidem*).

Ainda segundo a Diretiva Técnica nº 1/UMCCI/2008, de 7 de Janeiro, *“considera-se critério de referenciação específico para admissão nas equipas domiciliárias da RNCCI, a situação de dependência em que o doente reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita”* (PORTUGAL. UMCCI, 2008).

De acordo com o Relatório de Monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) – 1º semestre de 2012, recentemente publicado, existem a nível nacional 258 ECCL, sendo que 86 estão implantadas na Região Norte, o que corresponde a um terço das ECCL a nível nacional (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), posicionando a Região Norte em primeiro lugar quanto ao número de ECCL (em termos absolutos) (PORTUGAL. UMCCI, 2012, p. 14).

Em termos de vagas para integrarem as ECCL, existem em toda a Região Norte 1730 lugares, correspondentes a um quarto do total nacional, sendo que em termos regionais, apenas a Região de Lisboa e Vale do Tejo tem mais lugares (1961). Todavia, em termos populacionais, estes números perdem a sua expressividade, quando analisamos o número de lugares por 100.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos (em 30.06.2012), com uns modestos 273 lugares, comparados aos 1714 da Região do Algarve. Uma análise exaustiva deste relatório poderia conduzir-nos a algumas conclusões quando à explicação para estes dados, no entanto, não é esse o nosso objetivo (PORTUGAL. UMCCI, *op. cit.*, p. 15).

Conforme já explicado anteriormente, depois de identificado um potencial utente para referenciação à RNCCI, a EGA/ERACeS referencia à ECL que valida o ingresso, solicitando à ECR a identificação de vaga. Neste processo, o tempo que medeia entre a referenciação à ECL e o ingresso na rede somado ao tempo que a ECR necessita para identificar vaga constitui um indicador do tempo que o utente tem que esperar até ser admitido na RNCCI. A este tempo, deveremos ainda somar o tempo que demora a colocação/admissão do utente nas/pelas Unidades da Rede. No entanto, sem contarmos com este último (que no caso das ECCL não deverá ser superior a 12 horas), o tempo médio de espera entre a referenciação e a identificação de vaga, para ECCL, é de três dias, na Região Norte, ligeiramente acima da média nacional que é de 2,52 dias. Comparativamente

a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresenta-se com cinco dias e a Região do Algarve com 0,2 dias (PORTUGAL. UMCCI, 2012, p. 15-16).

No âmbito do nosso trabalho, estes tempos são importantes, pois podem refletir, entre outras coisas, a necessidade de melhorar o SIRNCCI, tornando acessível em tempo útil a informação que é relevante. É certo que, o nosso trabalho se restringe à informação de referência que é relevante para as ECCI, mas todo o SI pode ser melhorado se este e outros trabalhos semelhantes forem tidos em consideração nos diversos níveis da RNCCI.

Do relatório supramencionado, podemos ainda realçar o facto de 56% das referências para ECCI, na Região Norte, serem provenientes dos CS, o que significa que, em termos de informação, a proximidade e ligação entre as ERACeS, as ECL e as ECCI deveria ser um fator de coesão e introduzir maior celeridade no sistema de referência, uma vez que a maior parte da informação disponível sobre o utente deveria estar acessível às três equipas (PORTUGAL. UMCCI, *op. cit.*, p. 18).

Não menos importante é o facto de cerca de um terço dos utentes referenciados na Região Norte, sê-lo para ECCI e de que quase 50% dos utentes referenciados a nível nacional, ter sido referenciado pela Região Norte. (PORTUGAL. UMCCI, *op. cit.*, p. 19)

2.2. Sistemas de Informação em Saúde

Os SI fazem parte do nosso quotidiano. Ao longo dos anos têm-se instituído como repositórios que vão muito além do simples ato de guardar dados. Eles constituem-se cada vez mais como verdadeiras fontes de informação que ajudam nas mais diversificadas tarefas do dia-a-dia.

A sua utilização pela sociedade em geral e, em particular pelos enfermeiros, tem-se generalizado, servindo muitas vezes de auxílio à tomada de decisão, face à importância crescente que vêm conquistando na prática da enfermagem.

Quando se fala em Informação, é incontornável falarmos de ZORRINHO (1999), como aliás, já o fizeram outros investigadores (SILVA, 2001; SOUSA, 2006; PEREIRA, 2009; MOTA, 2010). Segundo este autor, informação é o resultado da soma de dados com o padrão de leitura. Ou seja, os dados em si mesmos, não constituem informação até ao momento em que o utilizador lhes aplica o seu padrão de leitura (ZORRINHO, 1999, p. 11 e 12).

Assim sendo, os dados em si mesmos são dotados de um valor apenas potencial. Este valor torna-se real quando o indivíduo acrescenta “*valor aos fluxos de informação a que*

accede (...) [e tira] partido deles para acrescentar valor aos processos em que intervém” (Ibidem).

É nesse processo de atribuição de valor à informação que se enquadra o processo de tomada de decisão clínica do enfermeiro.

FONSECA (2006, p. 49) refere-se à tomada de decisão clínica de enfermagem como:

“a capacidade dos enfermeiros em escolherem entre duas ou mais alternativas tendo por base o seu julgamento, ou a habilidade, a sua experiência, as preferências do cliente e o melhor conhecimento científico sobre a realidade, no sentido de gerirem a qualidade dos cuidados que prestam aos seus clientes.”

NEVES (2004), *apud* FONSECA (2006, p. 43) refere que *“as enfermeiras baseiam-se na avaliação que fazem do cliente, através do que observam, do que ele verbaliza, da monitorização que realizam, da perceção do seu estado emocional e, comparação com aquilo que já conheciam anteriormente do cliente.”*

MARIN e colaboradores (enquanto editores do documento *“Building Standard-Based Nursing Information Systems”*) referem que *“Information is a central element in decision making”*², acrescentando ainda que *“Access to information is recognized as a critical ingredient for health services and health program planning, operation, supervision, and control”*³ (PAHO, 2000, p. 1).

Sendo os enfermeiros o maior grupo profissional que mais diretamente influencia a qualidade da maioria dos serviços de saúde prestados é de esperar que a sua tomada de decisão seja fundamentada em informação relevante cujo valor real seja significativo para a qualidade e continuidade dos cuidados.

No entanto, nem sempre os Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) tornam acessível a informação relevante para a tomada de decisão e/ou continuidade de cuidados. Desta forma tornam-se pouco úteis no apoio oferecido aos enfermeiros para a prática. (MARIN, cit. por SOUSA, 2006, p. 7)

A utilização dos SIE, apesar de bastante disseminada, ainda é geradora de conflitos intra e interpessoais, em particular pelas características individuais e capacidade de adaptação de cada enfermeiro.

Introduzir alterações em sistemas que estão em funcionamento há algum tempo é também difícil (e por vezes bastante oneroso), já que requer reengenharia especializada e

² TRADUÇÃO LIVRE DO INVESTIGADOR: “A informação é um elemento central na tomada de decisão”

³ TRADUÇÃO LIVRE DO INVESTIGADOR: “O acesso à informação é reconhecido como um ingrediente crítico para os serviços de saúde e para a planificação, operação, supervisão e controlo do programa de saúde”

nova formação/atualização dos utilizadores, para que possam usar a nova ferramenta da forma mais eficaz. (CARVALHO, 1996, *passim*)

BUCKINGHAM e colaboradores (1987), cit. por CARVALHO (*op. cit.*, p. 2) define SI como “o sistema que recolhe, processa, armazena e distribui informação numa organização tendo em vista que a informação esteja acessível a quem dela necessita.”

Para aquele autor, um sistema de informação não tem necessariamente que envolver computadores, é antes um “sistema de atividade humana que poderá ser suportado” por estes (CARVALHO, 1996, *loc. cit.*).

MARIN (2010, p. 21) define Sistema de Informação em Saúde como “conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde.”

Referindo-se à importância dos sistemas de informação para os enfermeiros, SOUSA (2006, p. 41) salienta que: “porque a informação é fundamental para os cuidados de enfermagem, é indubitável que os sistemas de informação – velhos ou novos, baseados em papel ou computador – afetam a prática de enfermagem”.

Por este motivo, é importante refletir sobre os Sistemas de Informação de Enfermagem, nomeadamente sobre aquilo que eles oferecem para a prática diária dos enfermeiros e aquilo que precisa de ser melhorado/alterado.

SOUSA (2006) refere algumas limitações para o desenvolvimento dos SIE, como sejam: pouca familiaridade dos enfermeiros com a tecnologia, pouco envolvimento no processo de decisão na aquisição de tecnologia, não participação no desenvolvimento dos sistemas, elevado custo da implementação das tecnologias, diferenças entre conhecimento formal e informal, falta de estruturação de dados, ausência de um conjunto mínimo de dados e o parcial acesso dos enfermeiros a estes dados.

Em relação aos SIE, a Ordem dos Enfermeiros (OE), tem vindo a tomar algumas iniciativas, salientando a “valorização, no Sistema Nacional de Informação da Saúde, do Sistema de Informação de Enfermagem com impacte no financiamento de projetos e serviços, nos programas de melhoria da qualidade na saúde, na gestão de horas necessárias de cuidados de enfermagem, condição para a segurança e acessibilidade dos cidadãos aos cuidados;” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005a, p. 8) e “entende que o sistema de informação e os registos eletrónicos devem contemplar a utilização obrigatória de Classificações Internacionais, sendo recomendada para a Enfermagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005b, p. 9).

A OE propõe ainda a criação de uma equipa de projeto, a nível do MS para a “definição da arquitetura e dos principais requisitos quer técnico-funcionais do Sistema Nacional de Informação de Enfermagem” (*Ibidem*, p. 10), quer através de documentos emitidos pelo Conselho Diretivo, submetidos ao Ministério da Saúde, tendo em vista a melhoria dos SIE em Portugal, como sejam: “*Sistema de Informação em Enfermagem – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais – versão Abril de 2007*” e “*Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem*”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007)

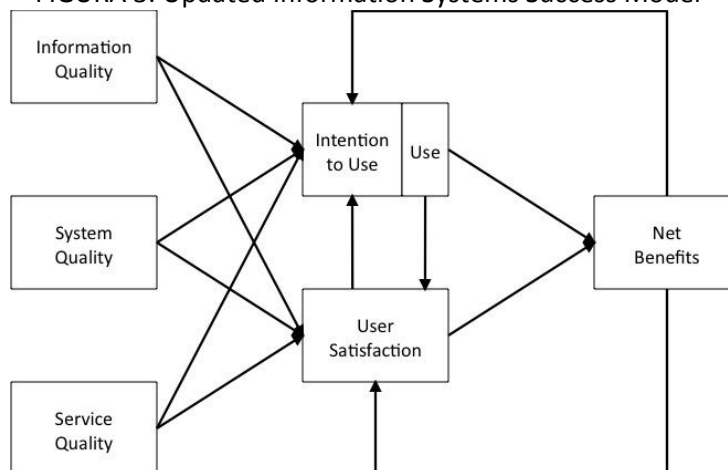
Em 1992, DeLONE e McCLEAN apresentaram o seu Modelo de Sucesso dos Sistemas de Informação. Este modelo tentou preencher uma lacuna no que diz respeito à avaliação do sucesso dos SI, ao identificar seis dimensões/categorias, que contribuem para aquele: Qualidade do Sistema, Qualidade da Informação, Utilização, Satisfação do Utilizador, Impacte Individual, Impacte Organizacional (DeLONE *et al.*, 2003).

Como variáveis independentes são apresentadas a Qualidade do Sistema e a Qualidade da Informação. Como variáveis dependentes as restantes. Isto significa que a qualidade do sistema e a qualidade da informação influenciam diretamente as restantes dimensões/variáveis (URBACH *et al.*, 2011).

Após inúmeros trabalhos e sugestões de diversos autores sobre este modelo, os próprios autores originais sentiram necessidade de rever a proposta então efetuada e de acordo com as sugestões apresentadas, nomeadamente por PITT *et al.*, (1995) cit. por ESTEVES (2007, *passim*) e SEDDON (1997) cit. por DeLONE e McCLEAN (2003, p. 23), reviram, o seu modelo, propondo uma nova variável independente (Qualidade de Serviço) e aglomerando duas das variáveis independentes (Impacte Individual e Impacte Organizacional) em apenas uma (Benefícios Líquidos), salvaguardando alguns aspetos em relação a esta variável:

- O que pode qualificar-se como benefício?
- Para quem é considerado benefício?
- A que nível de análise / sob que perspetiva é que são medidos? (ESTEVES, 2007) e (DeLONE *et al.*, 2003)

FIGURA 3: Updated Information Systems Success Model⁴



Do ponto de vista do nosso trabalho de investigação, importa aqui tecer algumas considerações.

No que diz respeito à nossa variável em estudo – Informação – DeLONE e McCLEAN (2003, p. 21) referem diversos estudos (RAI *et al*, 2002; VEILL e VITALE, 1999; WIXOM e WATSON, 2001) que provam que a qualidade da informação está fortemente associada com o uso do sistema e com os benefícios líquidos, especialmente em contextos de *e-commerce*. Mencionam ainda algumas medidas de avaliação da qualidade da informação utilizadas em estudos, também relacionados com o *e-commerce* (D’AMBRA e RICE, 2001; MOLLA e LICKER, 2001; PALMER, 2002) que incluem: Precisão/Rigor, Relevância, Atualidade, Dinamismo, Completude, Compreensibilidade/Facilidade de Compreensão, Personalização e Variedade.

Torna-se perceptível que, cada vez mais, a qualidade da informação é um fator determinante nos resultados desejados, principalmente, quando se fala em SI.

Se melhorarmos a qualidade da informação é possível influenciar os utilizadores e o uso do sistema, retirando daí mais benefícios líquidos. Esta relação não é totalmente linear, uma vez que cada variável tem um peso diferente consoante o contexto em causa. No entanto, é ao nível da Informação, nomeadamente, em relação à sua relevância e acessibilidade que pretendemos centrar a nossa atenção.

2.2.1. Sistema de Informação da RNCCI

De forma sucinta vamos aqui abordar alguns aspetos relacionados com o SIRONCCI, nomeadamente o contexto de aparecimento do mesmo.

⁴ FONTE: http://istheory.byu.edu/wiki/Delone_and_McLean_IS_success_model

Na Fase 1 de Implementação da RNCCI, um dos 5 Eixos Estratégicos referia-se aos Recursos em Rede – Modelo de Relações e Qualidade. O relatório sobre os 3 anos de RNCCI publicado pouco antes de iniciarmos este percurso investigativo refere que em relação a este eixo, o grau de alcance dos objetivos propostos foi de apenas 20% no ponto “Sistema de Informação”, muito aquém do que seria desejável (PORTUGAL. RNCCI, 2010b, p. 24).

Este é, portanto, um ponto que precisa de investimento, para que possa atingir níveis de eficácia satisfatórios.

O mesmo relatório aponta, como pontos a melhorar, ou reforçar, entre outros:

- Articulação entre níveis de cuidados;
- Sistema de informação e gestão: quadro de indicadores de resultados de aplicação periódica, garantia de fiabilidade dos dados, utilização regional;
- Grau de implementação das tipologias: UCP, UDPA, ECSCP, ECCI (PORTUGAL. RNCCI, *op. cit.*, p. 31).

Os enfermeiros que trabalham nas ECCI da Região de Saúde do Norte, possuem neste momento dois aplicativos informáticos onde recolhem, processam e documentam informação: o GestCare® CCI criado pela empresa Care4IT e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), criado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIF), atualmente designado por Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

O GestaCare® CCI procura fazer a ligação entre as diversas equipas da RNCCI, servindo como repositório da informação produzida pelas diversas estruturas da rede, desde a informação de identificação e referenciação colocada pelas EGA, à informação de validação/confirmação das propostas pelas ECL, às observações e validações da responsabilidade da ECR e às informações de avaliação periódica das unidades prestadoras de cuidados.

O SAPE é o repositório de todo o processo de enfermagem do utente, em particular no que se refere às ERACeS e às ECCI, situadas na Região Norte, uma vez que é a única região que adotou o SAPE como sistema de informação de enfermagem em todos os seus ACES.

Neste subcapítulo serão abordados estes dois sistemas, nomeadamente o GestCare® CCI, também, muitas vezes designado como ‘aplicativo da rede’ e o SAPE.

2.2.1.1. GestCare® CCI

As necessidades criadas pela RNCCI, em termos de gestão e partilha da informação levaram a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) a procurar

uma solução tecnológica que permitisse, em tempo real e em permanência, dar-lhes resposta.

A solução encontrada foi a criação de um *software* a que chamaram GestCare® CCI (Care4IT, 2009a).

O GestCare® CCI é um sistema modular que permite o acesso aos dados dos utentes da RNCCI, através de um interface *web* que permite a utilização por qualquer equipa da rede com as credenciais necessárias.

Desde a UMCCI, às ECR, EGA/ERACeS, ECL, ou Unidades Prestadoras de Cuidados, todas têm acesso aos módulos de informação que lhes estão atribuídos.

Em termos visuais, o *software* apresenta uma disposição em ‘lençol’ (em que os módulos aparecem ‘encolhidos’ uns abaixo dos outros e abrem-se quando selecionados, permitindo visualizar, ordenadas por datas ou outros campos, as avaliações, etc.).

Outro aspeto a realçar é o facto de o GestCare® CCI apesar de ter acesso a dados do Registo Nacional de Utentes do MS (RNU) (como sejam alguns dados de identificação do utente – nome, data de nascimento, nacionalidade), não ser de acesso restrito à Rede Informática da Saúde (RIS), o que faz com que seja possível aceder através de qualquer dispositivo com acesso à *internet*, embora requiera autenticação com credenciais específicas. Isto permite que as instituições privadas e IPSS pertencentes à RNCCI e não integrantes da RIS possam ter acesso ao GestCare® CCI.

O GestCare® CCI é ‘alimentado’ por informação gerada por:

- EGA/ERACeS, no momento da referenciação, através do preenchimento de diversos módulos (‘Ficha do utente’, ‘Agregado Familiar’, ‘Episódio’, ‘Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)’, ‘Avaliações de Enfermagem’, ‘Avaliações Médicas’, ‘Avaliações Sociais’, ‘Outras avaliações’, ‘Contactos privilegiados’, ‘Úlceras de pressão – avaliação’, ‘Úlceras de pressão – Risco – Escala de Braden’, ‘Avaliação Dor’, ‘Risco de Quedas – Morse’ e, em caso de referenciação para as Unidades de Cuidados Paliativos, também ‘Cuidados Paliativos – Avaliação’ e ‘Avaliação de Sintomas de Edmonton’) de modo a permitir às ECL a avaliação do processo de referenciação da forma mais completa possível;
- ECL, no momento da avaliação (com vista à admissão, transferência, prorrogação de alta), programação da admissão/transferência nas/entre unidades da RNCCI, agudização (avaliação da proposta de reserva de vaga) e alta, documentando/fundamentando as suas decisões;

- ECR, nos momentos de avaliação das propostas de transferência, prorrogações e como observação no processo de ingresso (quase nunca utilizado);
- Unidades prestadoras de cuidados, no momento de admissão do utente, durante o internamento/prestação de cuidados (avaliações periódicas), nas agudizações, transferências e prorrogações e no momento da alta. Estas unidades utilizam (além dos módulos já referidos) outros módulos como ‘Agudizações/reserva de vaga’, ‘Registo de pensos e apósitos’, ‘Vigilância de diabetes’, ‘Registo de exames auxiliares de diagnóstico’, ‘Nota de alta’, ‘Registo de fármacos’, ‘Reações adversas medicamentosas’, ‘Identificação de necessidade de apoio social’, ‘Registo de consumo de fraldas’ e ‘Registo do tempo de prestação de cuidados no domicílio’.

A informação ali colocada está disponível para cada entidade da RNCCI, embora nem todos os módulos estejam acessíveis a todas as equipas, uma vez que o perfil de cada equipa apenas permite o preenchimento da informação que lhe diz respeito.

De acordo com a RNCCI (2010a), o sistema foi implementado no último trimestre de 2007. Apesar disso, o sistema tem sofrido melhoramentos ao longo do tempo, com o objetivo de obter *“dados em tempo real a nível de prestador, local, gerando informação regional e nacional, e assim gerir, monitorizar e controlar a RNCCI”* (Care4IT, 2009b).

Apesar das indicações da OE no sentido da utilização de linguagem classificada (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005a; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005b; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007), o ‘aplicativo da rede’ não segue estas recomendações no que diz respeito ao registo da informação de enfermagem. Alguma da informação que diz respeito à produção de enfermagem, tem enunciados diagnósticos que incluem termos da CIPE, mas não utiliza uma linguagem classificada.

O principal objetivo deste *software* é:

*“to develop a paper-free on-line web based system of data management for the National Network for Continuous Integrated Care (RNCCI), that allows on line registration of the evaluation made with the integrated bio-psychosocial tool, and the registration of data related to referrals from hospitals and primary care and admissions to RNCCI, that allow real time results, pertinent to management and for professionals”*⁵ (PORTUGAL. RNCCI; UMCCI, 2010, p. 1).

⁵ TRADUÇÃO LIVRE DO AUTOR: “desenvolver um sistema de gestão de dados *online*, baseado na Internet, livre de papéis, para a RNCCI, que permita o registo *online* da avaliação feita com o instrumento de avaliação biopsicossocial integrado, e o registo de dados relacionados com a referenciação proveniente dos hospitais e cuidados primários e as admissões para a RNCCI, que permita resultados em tempo real, pertinentes para a gestão e para os profissionais.”

O GestCare® CCI apresenta, para as EGA, ECL e Equipas/Unidades prestadoras de cuidados, oito grandes áreas: Principal, Episódios, Ficha de Utentes, EGA/CS, ECL, ECR, Contratos e Prestadores.

Na área 'Principal' são gerados relatórios que permitem identificar os processos (episódios) ativos e/ou a aguardar qualquer tipo de encaminhamento pela equipa utilizadora, dando acesso direto (por hiperligação) à Ficha de Utentes de um utente específico ou ao Episódio ativo desse mesmo utente.

Na área 'Episódios' pode efetuar-se a pesquisa por episódio, se soubermos de antemão qual o número do mesmo e, se este for da responsabilidade da equipa que acede. Esta pesquisa, aparentemente, é pouco usada pelos utilizadores.

Na área 'Ficha de Utentes' é possível procurar um utente através dos campos: Nome completo, Nomes próprios, Apelidos e Cartão SNS, todos em simultâneo ou qualquer outra combinação possível, incluindo apenas um isoladamente. Segundo pudemos verificar, esta parece ser a área mais utilizada quando os utilizadores pretendem aceder a um registo específico, não acessível através dos relatórios da área 'Principal'. De notar que esta pesquisa permite consultar a informação existente para qualquer utente referenciado na RNCCI a nível nacional, tenha ou não episódios ativos.

As restantes cinco áreas dão acesso à informação de constituição e contactos das equipas respetivas.

A informação, dos utentes, encontra-se dividida em duas secções: Identificação/Ficha do utente e Episódio.

Conforme o nome indica, na primeira secção estão todos os dados de identificação do utente; a partir dela temos acesso ao agregado familiar e a todos os episódios de referência à RNCCI (independentemente de o episódio ter dado origem a ingresso ou não na rede). A informação constante desta secção é passível de atualização por qualquer estrutura da rede, em qualquer momento, independentemente dos episódios estarem ou não ativos, excetuando-se os casos de óbito em que a edição é bloqueada, por motivos óbvios.

Na segunda secção ('Episódio') é registada toda a informação relativa ao episódio em causa, o que inclui os dados de Proveniência, 3º Pagador/Entidade Responsável, Causa de Solicitação, Estado civil/Escolaridade, Morada Preferencial, Referência, Tipologia e Observações.

Depois de preenchidos e gravados os dados anteriores, passam a estar também acessíveis os módulos: contactos privilegiados, avaliações de enfermagem, médica, social e

de outros profissionais, bem como o IAI, e todos os restantes módulos já referidos anteriormente. Por cada referenciação é criado um novo episódio, com novas avaliações.

2.2.1.2. Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) foi inicialmente concebido, em termos funcionais, pela Escola Superior de Enfermagem de São João (ESEnfSJ) (atualmente integrada na Escola Superior de Enfermagem do Porto) em 2001, mais especificamente, por SILVA (2001, *passim*), aquando do seu percurso de doutoramento.

Na sequência do projeto “Enfln” surge o projeto “EnflnCo” que tem como objetivo transpor para os cuidados de saúde primários o aplicativo entretanto em desenvolvimento para o internamento hospitalar (SOUSA, 2006, *passim*).

Ao nível hospitalar, o SAPE integra o SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar), enquanto nos CSP integra o SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde). Estas integrações garantem que quando o enfermeiro está perante o utente, este já foi previamente identificado por aqueles sistemas (SONHO ou SINUS), necessitando apenas de efetuar os registos dos cuidados de enfermagem. (DEVEZA, 2006)

O SAPE tem vindo a sofrer melhoramentos, encontrando-se neste momento na versão 6.3 ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, com cerca de 1200 intervenções parametrizadas (*Ibidem*).

Apesar dos melhoramentos efetuados GOMES, e colaboradores (2009, p. 1), consideram que as aplicações SAPE e SAM (Sistema de Apoio ao Médico – cuja finalidade é semelhante ao SAPE, dirigida ao trabalho do médico) “*estão desatualizadas do ponto de vista tecnológico e funcional*”. Além disso, para que possam evoluir de forma a garantir a quota de mercado e a sua sustentabilidade económica, necessitam de uma atualização substancial, quer no que diz respeito a dar resposta às expetativas/necessidades dos utilizadores, quer no que concerne à sua arquitetura, quer em relação à interoperabilidade com outros sistemas, e opções técnicas, operacionais e políticas relacionadas com o desenvolvimento, e assistência necessários à sua manutenção (GOMES *et al.*, 2009, *passim*).

Na opinião destes autores são várias as intervenções necessárias ao nível das aplicações SAM/SAPE:

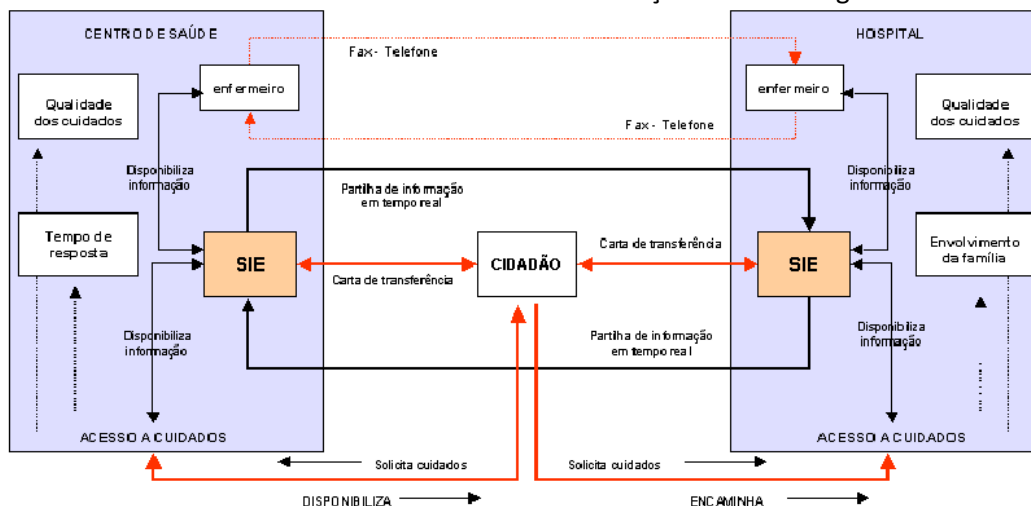
- a) Do ponto de vista tecnológico
 - a. Atualização / migração das bases de dados (que usam uma base de dados ORACLE 9i lançada em 2001) – este módulo consiste no Sistema de Gestão de Base de Dados da Oracle;

- b. Migração das aplicações de Oracle Forms 6.0 (lançado em 1999/2000) para JAVA – este módulo corresponde ao módulo de programação do *interface* da aplicação cliente;
- b) Do ponto de vista funcional
- a. A criação de uma aplicação única de apoio ao médico e ao enfermeiro;
 - b. A aplicação deve ser centrada no utente e não nos processos administrativos existentes nas unidades de saúde (isto provém do facto de o SAPE e o SAM terem sido pioneiros no mercado e terem tentado dar resposta à necessidade de substituição da documentação dispersa em papel por um sistema informatizado);
 - c. A reorganização visual da informação de forma a ser mais intuitiva e amigável para o utilizador;
 - d. A criação de um verdadeiro sistema de suporte à aplicação;
 - e. A integração de melhorias com base nas sugestões, propostas e necessidades dos utilizadores; (GOMES *et al.*, 2009, p. 15-20)

Apesar do exposto podemos concluir estar perante um instrumento valioso, quer do ponto de vista económico, quer do ponto de vista prático, pelo seu potencial de rentabilização dos serviços. (GOMES *et al.*, 2009, *passim*)

SOUSA (2006, p. 362) sugere um modelo de Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem (FIGURA 4) que pretende fazer a ponte entre os Cuidados de Saúde Diferenciados (cuidados hospitalares) e os Cuidados de Saúde Primários, numa perspetiva bidirecional que permita “*melhorar a continuidade de cuidados, através das orientações e do apoio à tomada de decisão*”.

FIGURA 4: Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem⁶



O SAPE tem já previsto e testado o mecanismo de partilha de informação entre as versões hospitalares e as versões dos CSP em uso apenas na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Este mecanismo seria uma mais-valia, no âmbito dos SIE, uma vez que permitiria em tempo real a consulta de informação relativa ao utente, armazenada em qualquer dos sistemas, de acordo com níveis de acesso pré-definidos.

Para que isso seja possível ao nível da RNCCI, é necessário contar com um terceiro interveniente, neste caso o GestCare® CCI. Seria desejável que os diversos aplicativos comunicassem entre si. Este é um dos aspetos referidos por MARIN e colaboradores que afirmam: “To achieve the full benefit of automation, computerized applications must be able to communicate with each other”⁷.(PAHO, 2000)

Se cada utilizador tiver conhecimento da informação que é relevante para atingir este ou aquele objetivo, quer de referênciação, quer de continuidade de cuidados, torna-se mais fácil atuar ao nível daqueles intervenientes, e conseguir, mais rapidamente, obter resultados.

É com base nestes conhecimentos que partimos para a realização deste estudo.

⁶ FONTE: (SOUSA, 2006 p. 328)

⁷ TRADUÇÃO LIVRE DO INVESTIGADOR: “Para atingir o benefício integral de automatização, as aplicações informáticas devem ser capazes de comunicar umas com as outras”

3. MATERIAL E MÉTODOS

No presente capítulo apresentaremos a descrição das opções metodológicas adotadas no desenvolvimento do estudo. Iniciamos com uma breve descrição da justificção, apresentando a finalidade e objetivos do estudo, seguido das questões relativas ao desenho do estudo, nomeadamente, o contexto e tipo de estudo. Evoluímos para a apresentação da população e procedimento de amostragem, bem como da descrição dos instrumentos e procedimentos para recolha e análise dos dados.

3.1. Justificção do estudo

A nossa incursão profissional no campo dos Cuidados Continuados, mormente no âmbito de uma ECL, despertou em nós a necessidade de trabalhar diariamente com uma quantidade enorme de dados/informação de referenciação que se apresenta, muitas vezes, lacunar, dispersa e pouco relevante. A convivência próxima, e a colaboração com Equipas de Cuidados Continuados Integrados, acentuaram a necessidade de obter informação de qualidade, relevante no momento de referenciação para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem.

O SIRNCCI tem vindo, desde a sua criação, a ser desenvolvido e atualizado procurando fazer face às crescentes necessidades de recolha, processamento e armazenamento de informação, no âmbito das estruturas da RNCCI. Apesar desse esforço evolutivo, pouco (ou nada) tem sido feito no âmbito da investigação, que permita aos produtores de informação (utilizadores do SIRNCCI) harmonizar a sua produção de informação no sentido de rentabilizar o sistema e os recursos, disponibilizando os dados que se mostram verdadeiramente relevantes para os consumidores (também eles utilizadores do SIRNCCI), tornando acessível um corpo de informação que responde às necessidades destes.

No fundo, trata-se de identificar qual é a informação que é importante para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem e saber se a mesma está acessível.

Da nossa pesquisa bibliográfica e da nossa experiência pessoal mostra-se necessária a existência de estudos que contribuam, com o rigor da investigação, para a melhoria da qualidade global dos cuidados prestados na RNCCI, por via da melhoria da qualidade da informação recolhida, processada e/ou documentada no SIRNCCI.

3.2. Finalidade

Somos da opinião que só podemos evoluir positivamente quer ao nível da qualidade, quer da quantidade e das estruturas/sistemas que suportam a informação, conhecendo-as e analisando-as.

O aprofundar do conhecimento sobre a informação que é partilhada no SIRNCCI e as necessidades que os profissionais das diversas estruturas da rede sentem em relação ao processo de continuidade de cuidados poderá contribuir para melhorar a qualidade da informação partilhada. De acordo com o modelo de avaliação dos sistemas de informação de DeLONE e McCLEAN (2003), a qualidade da informação influencia diretamente a intenção de usar/uso do sistema e a satisfação do utilizador. Quanto mais satisfeito estiver o utilizador, maiores serão os benefícios. Assim, ao melhorarmos a informação transmitida pelo SIRNCCI, estaremos de forma indireta a contribuir para a melhoria na prestação dos cuidados aos utentes da RNCCI.

Com os resultados do presente estudo pretende-se conhecer que dados/informação se torna relevante para efeitos de referenciação dos utentes para a RNCCI, e consequente continuidade de cuidados, bem como qual o seu nível de acessibilidade pelos enfermeiros.

Pretende-se, por isso, que este estudo possa servir como ponto de partida para uma reflexão e melhoria da qualidade da informação partilhada ao nível do SIRNCCI.

Estes resultados poderão constituir-se como fonte de conhecimento que ajude a limitar a existência de lacunas, na partilha de informação e consequentemente a quebra da continuidade dos cuidados e eventual diminuição da qualidade dos mesmos.(COOK et al., 2000, p. 792)

KOHN (1982, p. 67), citado por KETELE e ROEGIER (1998, p. 42), refere-se ao poder de quem recolhe informação - *“a informação que colige faz dele um agente potencial de mudança”* - e também ao poder ligado àqueles que utilizam a informação, nomeadamente aos objetivos de utilização dos resultados da recolha de informações.

Assim sendo, procuramos desenvolver este estudo com a intenção de contribuir, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na RNCCI através das ECCI, identificando a informação que é relevante para a continuidade dos cuidados, no momento da referenciação, e qual a sua acessibilidade no sistema de informação em uso.

Desta forma, o presente estudo procura disponibilizar aos enfermeiros que trabalham ao nível da RNCCI um documento de consulta que possibilite:

- A identificação de informação de referenciação que é relevante para a continuidade dos cuidados de enfermagem nas ECCI;

- A seleção de estratégias que aumentem a acessibilidade à informação de referência que é relevante;
- A rentabilização dos recursos temporais e humanos, ao selecionar a informação que deve ser efetivamente partilhada;
- O aumento da eficácia do SIRNCCI, na partilha de informação, no momento de referência para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem.

Poderemos ainda apontar pontos de partida para *upgrades* ao *software*, melhorando a eficácia do SI e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados pela RNCCI, rentabilizando os recursos (diminuindo o tempo necessário para obtenção da informação relevante) e diminuindo erros na tomada de decisão e na continuidade dos cuidados.

Numa altura de crescimento exponencial da RNCCI, no âmbito das ECCI, urge otimizar o SI, tornando-o mais eficaz, no fornecimento de informação relevante.

3.2.1. Perguntas “de Partida”

FINDLEY (1991), citado por FORTIN e colaboradores (2009, p. 72) afirma que “A *investigação parte sempre de uma questão*”.

A formulação da questão de partida (ou de investigação) é uma etapa fundamental para o sucesso da investigação, ou seja, se a mesma for mal colocada, corre-se o “*risco de [a investigação] não levar a parte alguma*”. (FORTIN *et al.*, 2009, *loc. cit.*)

HOLLOWAY e WHEELER (1996, p. 20) referem-se à pergunta de partida como uma questão explícita sobre um problema ou assunto que pode ser examinado ou analisado e que produzirá nova informação útil.

A formulação da questão de partida (ou de investigação) é uma etapa fundamental para o sucesso da investigação. É com estes pressupostos em mente que se definem as seguintes perguntas de partida:

- Que dados/informação de referência, documentada nos SI da RNCCI relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem?
- Que repositórios, de dados/informação de referência para a RNCCI, relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem?
- Qual o nível de acessibilidade aos dados/informação de referência para a RNCCI que, na perspetiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?

3.3. Contexto Do Estudo

O presente estudo foi realizado no contexto da RNCCI. Do ponto de vista nacional foram muitas as novas Unidades que emergiram, aumentando as respostas ao nível local e regional. A abertura das UCC com projetos ao nível da reabilitação, da promoção de um envelhecimento ativo e saudável e tantos outros, vieram também dar novas respostas e alternativas às necessidades dos utentes. Com a criação das ECCI procura dar-se resposta à necessidade de um nível de cuidados intermédio, que permita ao utente ter acesso a cuidados domiciliários até então inexistentes.

O nosso estudo realizou-se em pleno contexto de mudança, quer no âmbito da reestruturação dos CSP, quer no âmbito da consolidação da RNCCI.

Por uma questão de proximidade geográfica com o espaço de desenvolvimento da nossa atividade profissional e académica, optámos por desenvolver o presente estudo na região Norte do país, que é delimitada pela intervenção da ARS Norte (ARS-N). Existiam, no momento em que iniciamos este estudo (Fevereiro/2012), 86 ECCI e 28 ECL na ARS Norte (ARS-N). (PORTUGAL. UMCCI, 2012, p. 14)

Para o desenvolvimento deste estudo foi feito pedido de autorização à ARS-N (Anexo I), através da Comissão de Ética para a Saúde, a qual emitiu parecer positivo (Anexo II).

3.4. Tipo De Estudo

O nosso estudo é do tipo descritivo exploratório, transversal, com uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

Segundo FORTIN, e colaboradores (2009, p. 221) os estudos descritivos têm como principal objetivo *“compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação”*.

Aqueles autores referem ainda que um estudo transversal *“consiste em examinar (...) um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação.”* (FORTIN et al., 2009, p. 252)

Gil (2002, p. 41) caracteriza os estudos exploratórios como prosseguindo o objetivo de *“proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torna-lo mais explícito”*.

Com o intuito de responder às questões de investigação apresentadas, definimos um desenho de estudo estruturado em dois momentos: um primeiro momento, de carácter exploratório, centrado na necessidade de identificar, por um lado, a informação que é

considerada relevante, no momento da referência, para as ECCI, sob o ponto de vista dos enfermeiros que integram as diferentes equipas da RNCCI no contexto dos CSP: EGA, ERACES, ECCI. Os resultados deste primeiro momento foram fundamentais para a elaboração de um instrumento de recolha de dados com questões mais estruturadas que permitiu obter a opinião dos enfermeiros sobre o grau de relevância e de acessibilidade dos dados/informação para efeitos de continuidade de cuidados de enfermagem, no momento da referência e integração na ECCI.

Assim, nesta primeira fase do estudo, abordamos as questões do ponto de vista qualitativo, utilizando para isso entrevistas exploratórias a informantes-chave de EGA, ERACES e ECCI, seguida de uma segunda fase, de carácter quantitativo, com a utilização de um questionário dirigido a enfermeiros das ECL e ECCI da ARS-N.

LAZERSFELD e WAGNER (1958) citados por STRAUSS e CORBIN (2008, p. 40) sugerem que as entrevistas exploratórias podem servir de base ao desenvolvimento de outros instrumentos para pesquisa quantitativa, nomeadamente questionários.

É conhecida e bem documentada a *“dicotomia e incompatibilidade paradigmática entre a abordagem qualitativa e a abordagem quantitativa”* (PEREIRA, 2009, p. 79). Os autores que se referem a ela são inúmeros, defendendo-a, colocando-se em extremos opostos (qualitativo *versus* quantitativo). No entanto, pensamos que, de acordo com as questões de partida e com os nossos objetivos de investigação, esta metodologia se apresentou como a mais adequada. Não se tratou de defender uma ou outra posição, mas de encontrar o ponto onde o investigador se sentisse mais confortável, tendo em vista o contexto da sua investigação.

Vários autores, como GREENE, CARCELLI e GRAHAM (1989), CUEVAS, DINERO e FEIT (1996), citados por STRAUSS e CORBIN (2008, p. 40) sustentam a ideia de que a utilização de ambos os métodos pode ser feita por razões *“suplementares, complementares, informativas e de desenvolvimento e outras”*. Os mesmos autores afirmam que a investigação pode ser vista como *“um processo circular, que envolve muitas idas e vindas e caminhadas em círculo”*, para atingir o objetivo. Para eles não se trata de usar uma forma ou outra de abordagem, mas de como ambas devem trabalhar juntas para o desenvolvimento da teoria.

POLIT e HUNGLER (1995, p. 277) afirmam que a mistura criteriosa de dados qualitativos e quantitativos pode enriquecer muitas áreas de investigação.

3.4.1. Abordagem Qualitativa: Momento I

A primeira fase (qualitativa) baseou-se no recurso a entrevistas semiestruturadas e consequente análise das mesmas. A nossa motivação para a escolha desta abordagem teve na base a inexistência de estudos sobre o SIRONCCI e a relevância e propósito dos dados/informação nele incorporado.

Segundo STERN (1980) cit. por STRAUSS e CORBIN (2008, p. 24) *“os métodos qualitativos podem ser usados para explorar áreas substanciais sobre as quais pouco se sabe ou sobre as quais sabe-se muito, para ganhar novos entendimentos.”* Na nossa perspectiva há ainda muito por descobrir no que diz respeito à nossa área de estudo, pelo que se traduzia de todo o sentido a utilização de uma abordagem qualitativa. HOLLOWAY e WHEELER (1996, p. 2) referem-se à investigação qualitativa realizada por enfermeiros salientando que: *“Researchers generate an in-depth account which presents a lively picture of the participants’ reality.”*⁸

Neste sentido recorreremos a entrevistas semiestruturadas dirigidas a informantes-chave (enfermeiros que trabalhassem na RNCCI, no âmbito das EGA, ERACES, ECL e ECCI).

A entrevista é um dos métodos mais utilizados nos estudos de investigação de cariz qualitativo, utilizada sobretudo nos estudos exploratórios.(FORTIN et al., 2009, p. 375; HUTCHINSON et al., 2007, p. 294)

Ainda segundo FORTIN e colaboradores (2009), as entrevistas preenchem, geralmente, três funções:

1. *Examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes;*
2. *Servir como principal instrumento de medida;*
3. *Servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados.*

Segundo KETELE e ROEGIER (1998, p. 22), a entrevista consiste em *“conversas orais [...] com pessoas selecionadas cuidadosamente [...] sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objetivos da recolha de informações”*.

Optamos pela utilização de entrevistas semidirigidas (*Ibidem*, 1998, p. 193; FORTIN et al., 2009, p. 376), também denominadas semiestruturadas (RIBEIRO, 2010, p. 69) pelas suas características de discurso não linear, e pelo facto de nem todas as intervenções do entrevistador estarem previstas antecipadamente.

⁸ TRADUÇÃO LIVRE DO INVESTIGADOR: “Os investigadores geram uma descrição profunda que apresenta uma imagem vívida da realidade dos participantes.

Desta forma, mantendo-se um certo grau de orientação/controlo, permite-se que o entrevistado fale abertamente, mantendo o fio condutor e alguma objetividade em relação ao nosso objeto de estudo.

De acordo com KETELE e ROEGIER (1998, p. 193) as vantagens deste método recaem sobre o facto de a pessoa entrevistada ter mais liberdade na maneira de se exprimir e, ao mesmo tempo, conseguem-se recolher as informações que se pretendem, num período de tempo mais curto.

HUTCHINSON e WILSON (2007, p. 299) referem que *“O investigador escolhe os participantes que possuem conhecimento do assunto, devido às suas experiências de vida”*, o que nos levou a seleccionar um grupo de informantes-chave composto por enfermeiros que trabalhassem na RNCCI, em cada um dos níveis de referência, os quais foram entrevistados individualmente, em locais por si escolhidos para que pudessem sentir-se o mais á vontade possível.

As entrevistas foram usadas tendo em vista a recolha de dados e a posterior análise, através de diferentes métodos, para que as ideias dos participantes, relativamente à pergunta de investigação, ficassem explícitas. (*Ibidem*, p. 299)

O local para a realização das entrevistas foi escolhido de acordo com as preferências do entrevistado e utilizando como recurso um gravador digital, para posterior audição e transcrição das entrevistas. Para melhor orientar a entrevista servimo-nos de um guião (Anexo III) com os aspetos principais a abordar em cada uma delas.

Foram realizadas oito entrevistas a enfermeiros que trabalham nas estruturas da RNCCI, na Região de Saúde do Norte, três das quais a enfermeiros de Equipas de Gestão de Altas, três a enfermeiros de Equipas de Cuidados Continuados Integrados, uma a enfermeiros de Equipa Coordenadora Local e uma a enfermeiros de Equipa Referenciadora dos ACeS, procurando desta forma, obter uma panorâmica abrangente sobre a informação que cada uma das equipas têm sobre as questões de partida.

Estes enfermeiros foram seleccionados como informantes-chave, tendo em conta o conceito de GOETZ e LeCOMPTE (1998), citados por MOTA (2010, p. 59): *“indivíduos na posse de conhecimentos, status ou destrezas comunicativas especiais e que estão dispostos a cooperar com o investigador”*. Tendo em conta este pressuposto procuramos entrevistar enfermeiros que, pela sua experiência e conhecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados pudessem acrescentar valor ao nosso estudo.

Para isso, tivemos em consideração o tempo de serviço na RNCCI, as funções desempenhadas no âmbito da mesma, o local de exercício de funções e a disponibilidade para colaborar na realização do estudo.

Os aspetos éticos também foram acautelados, tendo sido pedido a todos os entrevistados que assinassem um consentimento informado (Anexo IV), tendo-lhes sido entregue um documento que informava acerca do estudo (Anexo V).

A cada informante-chave foram colocadas perguntas abertas, de âmbito genérico, permitindo que pudessem ser respondidas de forma totalmente livre e não diretiva, deixando espaço para a explanação do tema. Gradualmente, à medida que se desenvolvia a entrevista, eram colocadas, por vezes, questões mais dirigidas, com o objetivo de esclarecer algum aspeto menos claro.

Os inquiridos (8 enfermeiros), com idades compreendidas entre 38 e 60 anos, foram cinco do sexo feminino e três do sexo masculino.

Cada entrevista foi gravada e registada em suporte digital, para permitir a sua análise posterior. No momento prévio à realização da entrevista foram explicados os objetivos da entrevista e do trabalho de investigação em curso, a cada um dos participantes e foi solicitada a assinatura do consentimento informado, onde se salvaguarda a confidencialidade dos dados recolhidos, o anonimato dos entrevistados e a livre participação dos mesmos (HUTCHINSON *et al.*, 2007, p. 209, 304). Depois da respetiva análise, os suportes áudio das entrevistas foram destruídos.

As entrevistas tiveram uma duração mínima de 30 minutos e máxima de 51 minutos.

Desta forma, ao utilizarmos a abordagem qualitativa como fase inicial do nosso processo investigativo, procuramos obter uma imagem da realidade (vista em diferentes perspetivas pelos enfermeiros de diferentes locais/estruturas da rede – EGA, ERACeS, ECCI) que contribuísse para a construção do instrumento de colheita de dados (questionário).

3.4.2. *Abordagem Quantitativa: Momento II*

Para a segunda fase do nosso estudo, conforme delineado anteriormente, utilizamos uma abordagem quantitativa, usando como instrumento de recolha de dados, o questionário.

A nossa escolha foi fundamentada pelo facto de se tratar de um instrumento que tem como um dos seus objetivos recolher, entre outros, informação sobre a opinião dos respondentes e apresentar uma grande flexibilidade em termos de estrutura (NORWOD, cit. por FORTIN *et al.*, 2009, p. 380).

Este questionário visou a obtenção da opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância dos dados/informação de referência, documentada no SIRNCCI (GestCare®

CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, bem como da opinião relativamente à acessibilidade.

O universo do nosso estudo foi constituído por todos os enfermeiros das ECCL e ECL da Região Norte. Para procedermos à seleção da população acessível, solicitamos à ECR Norte os contactos de todas as ECCL e ECL da Região, para solicitarmos os endereços de correio eletrónico de cada um dos enfermeiros da equipa. Dado que o questionário seria colocado em linha, seria necessário enviar a todos eles a hiperligação para o respetivo questionário. Depois de preparado, o questionário foi colocado em linha pelo Centro de Informática e Técnico (CIT) da ESEP. Por cada um dos endereços recolhidos foi enviada uma hiperligação unívoca de utilização única para preenchimento do questionário. Utilizando este procedimento acabamos por obter uma amostra não probabilística por conveniência (também designada acidental), constituída por enfermeiros que, depois de convidados por correio eletrónico a participar no estudo, se voluntariaram para participar.

Na procura de respostas às perguntas de partida, construímos um questionário com base nas informações obtidas na primeira fase e na consulta bibliográfica entretanto efetuada.

O nosso propósito ao introduzir uma fase de investigação quantitativa foi ir ao encontro do que afirma FORTIN e colaboradores (2009, p. 30) sobre *“a necessidade de obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares”*.

MOTA (2010, p. 50-51) sustenta que *“a utilização de questionários, construídos a partir daquilo que vai sendo descrito na literatura e/ou nos estudos (prévios) de perfil exploratório e qualitativo, tem vindo a ser cada vez mais acentuada no âmbito da investigação em Enfermagem [...] bem como na área dos SIE”*, citando para o efeito autores como SULLIVAN & BRYE, 1983; COUPER, 1984; DUFFIELD, 1993; BERETTA, 1996; LEMMER, 1998; CHOCHOLIK *et al.*, 1999; GOOSEN, 2000; CARDOSO, 2003 e SOUSA, 2006.

Na mesma linha de pensamento autores como HILL e HILL (2002, p. 69) defendem que a elaboração de um estudo preliminar como auxiliar para a elaboração de um questionário é útil quando *“não existe um questionário adequado à investigação”*.

O nosso questionário foi dividido em três partes (Anexo VI). A primeira foi constituída por sete perguntas de caracterização dos respondentes, composta por seis perguntas abertas e uma fechada. A segunda parte do questionário apresentou 78 enunciados, sob a forma de duas escalas de diferenciação semântica adaptadas cada um, uma para avaliar a relevância e outra para avaliar a acessibilidade, com cinco categorias cada (entre 1 e 5), em que 1 significava nada relevante/acessível e 5 significava muito relevante/acessível. A

terceira parte do nosso questionário foi constituída por espaços com enunciados em aberto, para que o respondente pudesse acrescentar livremente enunciados não apresentados anteriormente e classificá-los da mesma forma que os anteriores.

A nossa opção pelas escalas de variação semântica (uma variante das escalas de Likert) deveu-se ao facto de estas permitirem “*avaliar a significação atribuída por um indivíduo a uma atitude ou a um dado objeto*”. (FORTIN *et al.*, 2009, p. 391)

Os mesmos autores apresentam ainda como vantagem destas escalas a grande flexibilidade das mesmas para medir diferentes aspetos de uma atitude. (FORTIN *et al.*, *op. cit.*)

O questionário foi disponibilizado em linha durante cerca de um mês, para que todos tivessem tempo de responder, no momento que lhes fosse mais conveniente.

4. RESULTADOS

A apresentação de resultados constitui uma das etapas de qualquer investigação. Neste capítulo expomos os resultados obtidos com o trabalho de investigação realizado. À semelhança do que fizemos no capítulo anterior, apresentaremos os resultados divididos em dois subcapítulos, de acordo com cada um dos momentos do percurso investigativo.

4.1. Momento I

Das entrevistas realizadas resultou um *corpus* de análise, constituído pela transcrição do conteúdo das entrevistas. O material que resultou da realização das entrevistas foi sujeito a análise de conteúdo, do tipo interpretativo e indutivo, segundo o modelo de STRAUSS e CORBIN (2008), cuja análise se divide em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

A codificação aberta corresponde a uma fase inicial da análise de conteúdo, de ‘abertura’ do texto, procurando identificar conceitos, as suas propriedades e dimensões. Nesta fase não é importante se um determinado fenómeno constitui uma categoria por si mesmo ou uma subcategoria. Esse grau de profundidade surge à medida que a segunda fase se desenrola. (STRAUSS *et al.*, 2002, p. 110-133)

A segunda fase da codificação (segundo aqueles autores) é a da codificação axial, em que se procura relacionar as categorias com as suas subcategorias. Por decorrer em torno de um eixo (categoria) é que se denomina axial. Procura estabelecer os laços entre as categorias através das suas propriedades e dimensões. Este é um processo circular em que uma categoria pode passar a subcategoria e vice-versa, na tentativa de encontrar respostas às perguntas sobre os fenómenos, tais como quando, onde, porquê, quem, como, com que consequências, as quais ajudam à análise. (*Ibidem*, p. 134-156)

A terceira fase (codificação seletiva) é caracterizada por integrar e refinar a teoria. Na integração as categorias organizam-se em redor de um conceito explicativo central. (*Ibidem*, p. 157-177)

Apenas efetuamos a codificação aberta e axial, dado que o nosso propósito, ao utilizar a teoria fundamentada como método de análise, não foi o de construir uma teoria, em si mesma, mas utilizar os passos enunciados para melhor compreender os conceitos que emergem das entrevistas realizadas.

Nesta fase o propósito foi encontrar domínios da atenção dos enfermeiros que integrassem áreas de dados/informação relevantes para a continuidade de cuidados de enfermagem no momento da referenciação.

Pretendeu-se com esta fase do percurso ter contributos para o desenvolvimento de um questionário que respondesse ao propósito central do estudo de investigação. Não houve, portanto, preocupação em atingir a saturação teórica dos dados.

4.1.1. Relevância da Informação

O principal objetivo deste trabalho de investigação era a identificação da informação que é considerada como relevante pelos enfermeiros das ECCI, no momento da referenciação. Ao desenvolvermos a primeira fase (de cariz qualitativo exploratório) verificamos que, de uma maneira geral, os enfermeiros que exercem funções nas diferentes estruturas da RNCCI, têm uma opinião, em muitos casos sobreponível, sobre a informação que consideram relevante para as ECCI no momento da referenciação. Nesta secção, procuraremos dar conta das diferentes categorias de informação considerada relevante.

Ao longo deste subcapítulo, sempre que se faça referência aos informantes-chave, a notificação apresentada é aleatória. Dentro de cada secção, por uma questão de integridade e coerência dos dados, sempre que se fizer referência a um entrevistado, a designação utilizada em primeiro lugar, mantém-se ao longo dessa secção.

Numa primeira análise, podemos dividir a informação considerada relevante em quatro grandes áreas temáticas: “Caracterização do utente”, “Informação sobre a Rede de Suporte”, “Informação de Produção Médica”, “Informação de Produção de Enfermagem”.

O QUADRO 1 permite-nos visualizar uma panorâmica geral dos resultados da análise de conteúdo.

QUADRO 1: Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Caracterização do cliente	Identificação	
	Condição socioeconómica	Recursos económicos
		Condições habitacionais
Rede de Suporte	Suporte familiar	Agregado familiar
		Relacionamento
	Outras estruturas de apoio	
	Cuidador Informal	Identificação
Disponibilidade		
Informação de produção médica	Diagnósticos médicos	
	Tratamento medicamentoso	
	Outras atitudes terapêuticas	
	Evolução/ prognóstico	
Informação de produção de enfermagem	Dados de avaliação	Atividades de avaliação diagnóstica
		Atividades relacionadas com a evolução/condição
	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Feridas/úlceras
		Autocuidado
		Conhecimentos/capacidades do cliente e/ou prestador de cuidados
	Intervenções de enfermagem	Tipo de ação
		Beneficiário da ação
		Procedimento

4.1.1.1. Caracterização do Utente

À medida que desenvolvemos a nossa análise do conteúdo das entrevistas (*corpus* de análise), a definição da área da “caracterização do utente” não constituiu uma surpresa, na medida em que, de certa forma, era expectável que os enfermeiros das ECCI considerassem essa informação como relevante.

Os utentes são referenciados à ECCI na sequência de situações novas/recentes que levaram a uma alteração do seu estado de saúde, passível de necessitar de cuidados continuados. Tendo isso em conta, apesar de as ECCI terem uma ligação próxima com as unidades funcionais dos ACES, os enfermeiros que nelas desempenham funções não têm um conhecimento do utente tão próximo como o enfermeiro de família. Assim, torna-se evidente a necessidade de receber informação sobre a “caracterização do utente” que é referenciado. Por este motivo, incluímos na área temática “Caracterização do utente” os aspetos relacionados com a “Identificação” e com as “Condições Socioeconómicas”.

4.1.1.1.1. IDENTIFICAÇÃO

No âmbito da caracterização do utente, uma das categorias que surge, naturalmente, como relevante para os enfermeiros das ECCI no momento da referênciação é a “Identificação”.

Esta identificação não diz respeito apenas aos dados essenciais, como o nome e morada após a alta, mas também se refere aos contactos quer do utente, quer dos familiares.

Podemos ver abaixo algumas unidades de registo das afirmações dos informantes-chave relativamente a este aspeto:

“O nome completo do utente e, até mesmo o nome preferencial.”
ECCI01

“Para mim é importante o nome, mas mais do que isso, o nome pelo qual prefere ser chamado.”ECCI02

“[...] A identificação do doente é sempre importante” EGA01

“Os telefones sim, quer do doente, quer dos familiares.”ECCI02

“Se a morada onde o utente reside à data do internamento não vai ser a mesma onde vai residir após a alta.”EGA03

Para as ECCI, enquanto unidades prestadoras de cuidados domiciliários estes dados tornam-se imprescindíveis, para que possam iniciar a prestação de cuidados, procedendo ao agendamento prévio da primeira visita, e garantindo alguma forma de contato com o utente e familiares/cuidador(es).

4.1.1.1.2. CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS

As condições socioeconómicas do utente constituem-se como outra categoria da “Caracterização do Utente”. Esta categoria, após análise mais detalhada, acaba por encerrar em si mesma duas subcategorias: “Recursos económicos” e “Condições habitacionais”. As condições socioeconómicas podem, segundo os informantes-chave, ter um papel importante no planeamento e na definição das intervenções a implementar junto daquele grupo de pessoas, que envolve não somente o utente, mas todos os que o rodeiam e possam influenciar a evolução da sua situação de saúde-doença.

4.1.1.1.2.1. RECURSOS ECONÓMICOS

À primeira vista, poderia questionar-se se a informação de referência sobre recursos económicos do utente seria relevante para os enfermeiros que prestam cuidados na ECCI. No entanto, ao longo das entrevistas realizadas e após a análise de conteúdo, concluímos que este era um dado relevante, mencionado inúmeras vezes, pelos informantes-chave, conforme se pode observar pelas afirmações dos mesmos.

“[...] se a pessoa tem ou não recursos económicos para as adquirir ou, mesmo tendo recursos económicos, se não está disponível para as adquirir.”EGA02

“A equipa que recebe o doente saber que é um doente com determinada situação socioeconómica vai-lhe permitir, também,

perceber que a forma como vai lidar com o processo de saúde-doença vai, possivelmente, ser afetado por isso” EGA03

“Porque... **se vai comprar a totalidade da medicação ou se vai comprar metade**, se vai tomá-la na totalidade ou se vai tomar parcialmente **porque não tem dinheiro** para comprar o resto” EGA03

“Podemos até falar na questão da reabilitação, nalgumas ajudas técnicas que nós até possamos ter dificuldade em dispensar, se calhar, **pode haver possibilidade de** os próprios familiares, ou de o próprio utente **comprar**.”ECL01

“**Se não houver suporte económico** razoável ou, pelo menos, com possibilidade de colaborar, tanto do doente, como dos familiares (normalmente são os que estão por perto que também podem facilitar a **aquisição**, às vezes poderá não se conseguir atingir os objetivos que se pretendiam se não houver esse recurso disponível.”ERACES01

“Em termos de reabilitação é importante eu perceber qual é a **capacidade económica** daquele utente, até às vezes para **aquisição** de algumas ajudas técnicas, ou de outros aspetos.”ECCI01

“ [...] mas também não sabemos se podemos propor ou não porque não sabemos qual é [a **condição socioeconómica**].”ECCI02

“Depende de onde vem, se vem de um **meio com condições**, se vem de um **meio sem condições**, ... se os **recursos** que tem são mais ou menos benéficos e pronto, interfere sempre.”ERACES01

“**quem tem o poder ou a decisão económica daquela família?**” ECCI01

“É muito importante [a **condição socioeconómica**] porque há as **ajudas técnicas que**, muitas vezes são fundamentais, para a melhoria dos ganhos em saúde e se não temos disponíveis nos nossos serviços, **as pessoas poderão adquiri-las**.” ERACES01

“[...] **Se não houver suporte económico razoável** ou, pelo menos, com possibilidade de colaborar, tanto do doente, como dos familiares.” ERACES01

Conforme podemos observar pelas afirmações dos entrevistados, uma grande parte associa a necessidade de conhecer os recursos económicos do utente à decisão de prescrição de ajudas técnicas. A maior parte das ajudas técnicas acarreta ao utente/família um esforço financeiro considerável, pelo que os informantes-chave referem que é importante conhecer antecipadamente as condições socioeconómicas do utente para que a prescrição de ajudas técnicas se possa fazer de forma realista e adequada à situação do utente. Além deste aspeto, é também mencionada a relação da existência de recursos económicos com o risco de não adesão ao regime terapêutico. Nas nossas conversas com os informantes-chave, uma das situações mencionadas no período peri-entrevista, é a

preocupação com a relação aparente entre os recursos económicos e o stress do prestador de cuidados.

4.1.1.1.2.2. CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Ainda no âmbito da categoria “Condições socioeconómicas”, surge uma outra subcategoria – “Condições Habitacionais” – de forma menos evidente que as anteriores, mas ainda assim, mencionada por metade dos entrevistados.

*“As **condições habitacionais** eu acho um pouco mais importantes, principalmente se falarmos de um doente que vai para ECCL, até para os colegas que estão no domicílio perceberem **as condições em que o doente vive.**”* EGA01

*“**Uma casa arejada, limpa, arrumada** vai ser... vai dar muito mais facilidade de prestação de cuidados, vai ser muito mais agradável para todos, para o doente, para o prestador de cuidados.”* ERACES01

*“**Se é uma casa que tem menos arejamento e más condições,...**”* ERACES01

*“**se vierem já referidas [Condições Habitacionais]** eu posso planear melhor, até mesmo antes de ir avaliar o utente, se houver **barreiras arquitetónicas** é importante se já vierem identificadas.”* ECCIO1

*“**[...] saber se a casa está preparada ou não está preparada.**”* ECCIO2

Quatro dos entrevistados fazem referência às condições habitacionais do utente, por considerarem que estas podem interferir, direta ou indiretamente na evolução do estado de saúde do mesmo. As principais preocupações têm que ver com as condições de higiene e arejamento da habitação e com a existência de barreiras arquitetónicas. Estas não se limitam à existência de degraus/desniveis ou a portas estreitas, mas também à exiguidade de alguns quartos e à inexistência de instalações sanitárias adaptadas às necessidades de utentes com necessidades especiais.

4.1.1.2. Rede de Suporte

Uma das áreas temáticas que mais sobressai na análise das entrevistas é a “Rede de Suporte do Utente”. A rede de suporte não se refere somente ao suporte informal, mas também ao suporte formal, prestado por entidades externas ao utente e família. Da informação considerada relevante pelos entrevistados, surgem três categorias: “Suporte Familiar”, “Outras estruturas de apoio” e “Cuidador Informal”. Cada uma delas é apresentada em maior detalhe, adiante.

4.1.1.2.1. SUPORTE FAMILIAR

Das categorias identificadas na análise de conteúdo, relacionadas com a área da “Rede de Suporte”, o “Suporte Familiar” (a par com o “Cuidador Informal”) é um dos aspetos que mais sobressai. Esta categoria divide-se em duas subcategorias: “Agregado familiar” e “Relacionamento”, as quais apresentamos de seguida.

4.1.1.2.1.1. AGREGADO FAMILIAR

Para os informantes-chave, a informação relativa ao “Agregado Familiar” deve desempenhar um papel ativo na análise da necessidade em cuidados do utente. Isto porque o acesso a esses dados permite equacionar o tipo de resposta imediata que poderá existir como suporte às suas necessidades. No entanto, apesar de ser uma necessidade sentida, nem sempre a informação prestada relativamente ao agregado familiar corresponde, na opinião dos enfermeiros, à informação esperada.

*“Há uma informação que na avaliação social não vem muito, e que tem a ver com a **rede de apoio**. Vem lá se tem **filhos**, se não tem filhos, mas depois não se objetiva muito **qual é o apoio que cada um dá**”* EGA02

*“EU acho que devem **estar [identificados] os [familiares] coabitantes**”* EGA03

*“Acho que **é relevante quando se identificam familiares coabitantes** que estejam envolvidos e disponíveis para prestar algum apoio à continuidade de cuidados se ela for necessária.”* EGA03

*“é o **agregado familiar e os conviventes.**”* ECCI02

*“Primeiro... **saber quantas pessoas moram lá...**”* ECCI03

*“Um utente que só tem em casa um outro utente, se calhar, da mesma idade, é muito diferente de ele estar inserido num **agregado familiar** que tem filhos, noras, e netos, e não sei que não sei que mais.”* ECL01

*“[...] isso é **extremamente importante**, ou seja, **quem são as pessoas que fazem parte da família**, [...]”* ECCI01

*“Interessa, sem dúvida perceber **qual é essa família alargada**, [...]”* ECCI01

Como se pode verificar pelas afirmações apresentadas, os informantes-chave consideram que além da mera descrição da identificação dos conviventes, outros familiares devem ser identificados. O número de pessoas que habita com o utente, quem são e que outros familiares podem ser um recurso para o utente, são algumas das informações mencionadas como relevantes.

4.1.1.2.1.2. RELACIONAMENTO

Outra das subcategorias do “Suporte Familiar” é o “Relacionamento”. Esta subcategoria diz respeito aos aspetos da relação utente-família. Diversos informantes-chave referem a necessidade de perceber como se desenrolam os relacionamentos na família a que o utente pertence. Estes podem ser uma mais-valia no desempenho de um papel de suporte na sua recuperação ou, por outro lado, podem constituir-se como um obstáculo.

“dá-se bem ou não com aquele familiar”ECCI03

“devia identificar os não coabitantes mas que sejam significativos para a pessoa... sejam envolvidos com o processo.”EGA03

“pode ser necessário alargar o leque de apoio, a familiares que não sejam coabitantes.”EGA03

“Para a ECCL é [relevante], um bocadinho, tu perceberes até a dinâmica, a constituição daquela família, quem é que poderá colaborar ou não, acho que isso é fundamental.”ECL01

“[...] eu acho extremamente importante a avaliação familiar: em termos de estrutura e em termos de funcionamento.”ECCI01

“[...] quem são as pessoas que são um recurso para aquele utente, ou como se relacionam com aquele utente”ECCI01

“[...] família alargada é extremamente importante ao apoio do utente. Às vezes, até, basta-me, por exemplo, perceber que há um neto, ou há um sobrinho que até se dá muito bem com aquela pessoa e até é um recurso para aquela pessoa.”ECCI01

“... o tipo de relacionamento que eles têm [família]...”ECCI02

Fazer um genograma da família para vermos em termos... que nos permite saber os elos de ligação...ECCI03

“Acho que devia ser quase obrigatório, uma coisa que nós não fazemos, que é o genograma.”ECCI02

O relacionamento entre os familiares do utente e os laços de afetividade que os ligam ao utente, constituem uma fonte de informação preciosa, segundo os informantes-chave, no momento da referenciação, para que se possa dar início à tarefa de preparar as intervenções junto de todos. Saber quem são as pessoas significativas para o utente, aqueles que estão melhor posicionados para constituir uma influência positiva no processo de saúde-doença do utente é uma das principais preocupações dos entrevistados.

Pelo menos dois informantes-chave fazem menção expressa a um instrumento ainda pouco utilizado pelos enfermeiros (o genograma) que poderia vir a ser de grande utilidade na organização gráfica não só da informação sobre os relacionamentos, mas também da

subcategoria anterior (“Agregado Familiar”). No entanto, este instrumento não está disponível nem no GestCare® CCI, nem no SAPE.

4.1.1.2.2. OUTRAS ESTRUTURAS DE APOIO

A maioria dos utentes referenciados para a RNCCI tem idade superior a 65 anos – 81,5% no 1º semestre de 2012, sendo que 44,5% dos referenciados neste período de tempo tem mais de 80 anos (PORTUGAL. UMCCI, 2012, p. 23) – e um bom número destes doentes (cerca de 21,5% em 2012) vive só (*Ibidem*, p. 24), ou com elementos ativos em termos laborais, com disponibilidade limitada para a prestação de cuidados. Os informante-chave referem como de grande relevância a existência de informação sobre outras estruturas de apoio na comunidade que possam complementar o “Suporte Familiar”.

Além do apoio direto na prestação de cuidados ao utente, são ainda referidas outras estruturas como recurso para o fornecimento de ajudas técnicas que possam vir a ser necessárias para o utente.

“a instituição que vai dar apoio formal, a que horas, que tipo de apoio”EGA02

“Qual é a equipa de serviço de apoio domiciliário que vai, saber se é entidade pública, se é privada, quem é, a que horas vão?”EGA02

“Acho que é muito mais importante [...] a sua rede de apoio”EGA02

“... Interessa mais é a rede de apoio.”EGA02

“...saber quais são as ajudas técnicas que ele necessita, quais é que se vão conseguir através de instituições, e quais é que não se irão conseguir em tempo útil através de instituições, ”EGA02

“[...] que ajudas técnicas já foram obtidas”EGA02

“quando o doente for para casa, se já tem cama articulada, se não tem, quando é que vai ter?”EGA02

“[...] Desde os colchões, desde as camas, desde... todas as ajudas são necessárias.”ERACES01

Verifica-se portanto que, no âmbito de “Outras Estruturas de Apoio”, a informação que os informantes-chave consideram mais relevante é a que está relacionada com o apoio domiciliário integrado e com a disponibilização de ajudas técnicas.

4.1.1.2.3. CUIDADOR INFORMAL

Uma das exigências da RNCCI, em relação à referenciação de utentes para as ECCL, é que esteja identificado um cuidador informal. Este requisito levanta, necessariamente a necessidade de informação sobre a “Identificação” e a “Disponibilidade” desse mesmo

cuidador. Estas são duas subcategorias que se enquadram no âmbito do “Cuidador informal”.

4.1.1.2.3.1. IDENTIFICAÇÃO

Como um dos pré-requisitos para referenciação para as ECCI, a identificação do cuidador informal está patente em todas as entrevistas realizadas. Este não tem que ser um coabitante, nem mesmo um familiar. Deve é estar disponível para dar resposta às necessidades do utente nos períodos de tempo em que ele necessita.

“... A **identificação do prestador de cuidados** é sempre importante” EGA01

“... **quem vai ajudá-lo** [...]” EGA02

“**quem é que ajuda ali em casa**, isso também é importante saber.” ECCI03

“Paras as ECCIs deve ser problemático eles não saberem **quem é que está a ajudar aquele doente**.” EGA02

“Eu acho que deveria ser obrigatório... era colocar o contato (que é o que nós fazemos)... **o contato do cuidador principal/informal**.” EGA02

“eu acho que é obrigatório [**o contato do cuidador**]” EGA03

“Relativamente ao **prestador de cuidados** eu acho que deveria estar **muito bem identificado**: quem é (ou quem são)...” ECL01

“A **família. O familiar, os mais próximos, de preferência, ou então aqueles em quem a pessoa deposita mais confiança e que haja uma relação afetiva**. Pode até não ser familiar, mas a relação de vivência no dia-a-dia, de proximidade. Relação de confiança, digamos e até estar mais disponível, estar... ter mais habilidade, ser um **cuidador informal** mas com conhecimento e com vontade de colaborar.” ERACES01

“[...] o **contato telefónico do prestador de cuidados**, da família[...] de um familiar de referência.” ECCI01

“Se já foi **identificado** no hospital a **pessoa** (formal ou informal) [...] que assumiu o papel de **prestador de cuidados** [...] essa informação deve chegar às ECCI.” ECCI01

“O **contato de mais alguém que more ali perto**... se não conseguirmos contatar o doente, temos que **contatar alguém**.” ECCI02

“o [**contato telefónico**] do cuidador informal.” ECCI02

“é importante saber **quem é o cuidador informal**.” ECCI02

“... **tem que haver um prestador ali que seja um elo de ligação** [...] quem é o que está mais próximo” ECCI03

“... **quem é a pessoa principal que presta os cuidados**, e na ausência desta **quem é que a fica a substituir**.” ECCI03

*“... deve [estar **identificado o prestador de cuidados**] porque... ao fim e ao cabo é **aquela que pessoa que vai estar ali a fazer um papel de... vigilância daquele utente.**”ECCI03*

*“Isso é uma coisa que eu acho que deve vir muito **bem identificada: o cuidador principal**, EGA 02*

*“quem é a **pessoa mais próxima**”ECCI03*

*“É muito importante, porque é a **pessoa [contato privilegiado] com quem vamos agilizar...**”ERACES01*

Um dos critérios de exclusão da referenciação para ECCL é a inexistência de um cuidador informal/prestador de cuidados. Por este motivo, a maioria dos informantes-chave faz menção à necessidade de identificar cabalmente o(s) prestador(es) de cuidados; não apenas em relação ao seu nome, mas aos seus contactos. Na maior parte das vezes é este o interlocutor com quem os enfermeiros mais contactam, pelo que é importante identificá-lo da forma mais completa possível.

4.1.1.2.3.2. DISPONIBILIDADE

O tempo que o prestador de cuidados está disponível para o utente é outro dos aspetos considerado relevante. Não está definido o tempo que o cuidador informal deve permanecer junto do utente. No entanto, tendo em conta as especificidades de cada caso, é expectável que a disponibilidade do cuidador informal seja a mínima necessária para assegurar os cuidados de que o utente necessita. Este é o motivo pelo qual os informantes-chave referem como relevante a “Disponibilidade” do prestador de cuidados.

*“... quem vai ajudá-lo e **em que timings**. Isso deve ser **problemático.**”EGA02*

*“[...] precisamos de ter alguma informação sobre ele [cuidador informal], informação sobre o **tempo que lá está**, porque por vezes o cuidador informal, nem sempre é da família.”ECCI02*

*“... ou um ou dois prestadores, mas que **estejam presentes** com o utente.”ECCI03*

*“... a duração média que eles **permanecem em casa.**”ECCI03*

*“Posso estar só e **ter quem lá vá várias vezes ao dia** e ajudar a prestar os cuidados, ou posso estar menos de 8 horas e **não ter ninguém que me ajude.**”EGA02*

*“**quando é ele lá vai estar**, se vai estar todo o dia,”EGA 02*

Cerca de metade dos entrevistados refere que é relevante existir informação sobre a disponibilidade do prestador de cuidados. Para os enfermeiros das ECCL é importante saberem quanto tempo o prestador de cuidados permanece com o utente, em que períodos, de que forma estão organizados (e distribuídos) os cuidados a prestar, para que possam programar de forma mais eficaz a sua intervenção, junto deste.

4.1.1.3. Informação de Produção Médica

No decorrer da análise das entrevistas surgiu a área temática “Informação de Produção Médica”, a qual diz respeito a informação relativa a “Diagnósticos Médicos”, “Tratamento Medicamentoso”, “Outras atitudes terapêuticas” e “Evolução/Prognóstico” que, os enfermeiros consideram como dados/informação relevante no momento da referenciação para a ECCI, para efeitos de continuidade de cuidados de enfermagem.

4.1.1.3.1. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, o conhecimento do(s) diagnóstico(s) médico(s) desempenha um papel relevante, para uma melhor compreensão da condição de saúde do utente.

No que concerne aos “Diagnósticos Médicos”, a opinião dos informantes-chave é a seguinte:

*“[...] temos que ter o conhecimento global do doente, com as suas **patologias médicas**, que podem interferir, por vezes nos nossos diagnósticos [...] na minha perspetiva é incontornável” EGA01*

*“Independentemente do modelo que os enfermeiros usam na prática clínica ser ou não o biomédico, [...] se eu não souber quais são as **patologias de base do doente**, [...]” EGA02*

*“Temos que **saber os diagnósticos**, o prognóstico, o tratamento instituído, qual é a evolução previsível” EGA02*

*“Acho que é impossível se a gente não **conhecer** a pessoa com as suas **patologias**” EGA02*

*“O meu foco não é a **pneumonia**, mas é fazer com que aquele doente que tem uma **pneumonia**.” EGA02*

*“Há diagnósticos de enfermagem que decorrem (ou concorrem) portanto eu acho que **saber a patologia (a principal e as associadas** – as secundárias) acho que é muito importante.” EGA03*

*“Para o próprio levantamento dos diagnósticos de enfermagem, da atividade dos enfermeiros eu acho que é importante sabermos isso. [**diagnóstico médico**]” EGA03*

*“Vamos prestar cuidados, ‘tamos a fazer um processo, e ao termos **conhecimento das patologias** ou patologia que está subjacente, [...]” ERACES01*

*“[...] é importante que eu **conheça todas as outras patologias associadas**.” ECCI01*

*“[...] se eu não souber posso até fazer determinadas mobilizações ou determinadas intervenções que possam por em causa a saúde do utente, por desconhecer os **antecedentes ou outras patologias associadas** que ele tem.” ECCI01*

*“[...] tenho que **saber que tipo de patologias** é que ele tem, para saber o que lhe posso fazer.”ECCI02*

*“Relevantes... **patologia principal e depois patologias secundárias**, e se interferem ou não com a **patologia principal** ou o motivo do internamento.”ECCI03*

*“O **histórico de patologias** é relevante... porque ajuda-nos também a compreender aqueles processos que vão originar um processo de dependência e de que maneira podemos agir.”ECCI03*

A quase totalidade dos entrevistados considera que a descrição da patologia do utente é essencial para a compreensão das alterações centradas nos processos corporais. Os diagnósticos e intervenções de enfermagem decorrem do conhecimento do utente como um todo, indivisível, pelo que consideram que é importante a informação sobre a(s) patologia(s) do utente, principalmente quando concorrem para a evolução do estado de saúde deste.

4.1.1.3.2. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Outra categoria que emergiu da análise de conteúdo, relacionada com a “Informação de Produção Médica” é o “Tratamento Medicamentoso”. O regime terapêutico do utente inclui o tratamento medicamentoso prescrito pelo médico. Os medicamentos prescritos podem ter influência sobre a generalidade dos sistemas e órgãos do indivíduo, condicionando as respostas do indivíduo às intervenções propostas. Este facto leva a que os informantes-chave tenham as seguintes considerações:

*“Na minha opinião, **a medicação que o doente está a fazer no momento**, muito relevante [...] para fazermos uma boa gestão até do seu regime terapêutico [...] assim como sabemos também que há medicação que interfere com outros aspetos da vida diária do doente e também com as nossas intervenções” EGA01*

*“Desde a gestão do regime terapêutico (acaba por ser a medicação e não só), **a medicação é fundamental**: perceber se está a ser a medicação indicada; se está a ser as doses certas; se está a tomar nas horas certas, se a pessoa está a fazer uma toma correta, em doses e em vias, não é? [...]”ERACES01*

*“Se faz parte das minhas funções aconselhar sobre a gestão do regime terapêutico eu tenho que perceber **qual é a medicação que ele faz**.”ECCI01*

*“Toda **a medicação envolve e influencia o estado de saúde do utente**.”ECCI01*

*“**A medicação é outro dos dados que tem que surgir logo naquele ‘resumo mínimo de dados’ que eu falava inicialmente.**”ECCI02*

“...nós temos que perceber as alterações que o doente está a ter, se são alterações porque o doente está a ficar mal, se são

*alterações que estão a ser **provocadas pela medicação que está a fazer.**"ECCI02*

Para os informantes-chave é importante que a medicação atual do utente seja referida no momento da referenciação, para que possa avaliar-se corretamente se a Gestão do Regime Medicamentoso é eficaz. Outro dos motivos pelos quais os entrevistados dão grande importância a essa informação está relacionado com os efeitos secundários ou adversos da medicação e o seu impacto na evolução do estado de saúde do utente.

4.1.1.3.3. OUTRAS ATITUDES TERAPÊUTICAS

Da “Informação de Produção Médica” emerge outra categoria que denominamos “Outras Atitudes Terapêuticas” relacionada com as atitudes terapêuticas derivadas da prescrição médica e das ações interdependentes dos enfermeiros, e todos os aspetos relacionados com as mesmas, sobre as quais foram feitas as seguintes considerações:

*“[...] qual é o **regímen terapêutico instituído pelo médico**, qual é o plano terapêutico.”EGA02*

“É relevante, claro que sim, se o doente está entubado, algaliado, [...]” EGA01

“Vou às atitudes terapêuticas, se tem sondas, se tem algálias” EGA01

“Se o doente vai para casa com pesquisas de glicemia capilar, insulina para administrar, se vai algaliado, se vai entubado, se vai com PEG, [...]” EGA02

“Deveria de ir a atitude e o porquê da atitude” EGA02

“[em relação à algaliação durante o internamento] acho que sim, até para o enfermeiro que o recebe saber se aquela pessoa tem eventual... um risco de infeção... de fazer após a alta uma infeção urinária.” EGA03

“Fundamental é ter lá identificadas aquelas [atitudes terapêuticas] a que nós temos que dar continuidade.” ECL01

“Se forem atitudes terapêuticas que devam ser mantidas no domicílio [...] acho importante que venha que atitude terapêutica é que é, a data de colocação, e o estado do doente relativamente a essa atitude terapêutica.” ECCI01

Dos relatos apresentados, sobressai a necessidade de haver transmissão de informação sobre as atitudes terapêuticas ativas no momento da referenciação. Mas, mais importante do que a mera enumeração das mesmas e suas datas de implementação, é a necessidade de descrever os aspetos relacionados com essas atitudes, nomeadamente, informação sobre intercorrências relacionadas com elas, a justificação da implementação dessas atitudes, a influência da implementação das atitudes terapêuticas na evolução do estado de saúde do utente. Alguns referem ainda a necessidade de, em algumas situações

(no caso de algáliação durante o internamento, por exemplo) virem referidas atitudes terapêuticas que foram terminadas ainda durante o internamento, mas que podem ter repercussões tardias, após a transferência para ECCI.

4.1.1.4. Informação de Produção de Enfermagem

Como foi já referido anteriormente, o GestCare® CCI é um sistema de informação de acesso global, em que vários profissionais contribuem com dados que consideram relevantes para a continuidade de cuidados em Cuidados Continuados Integrados na Comunidade.

Do conjunto de dados produzidos por enfermeiros, aqueles que são mais referidos, no âmbito das entrevistas, são os relacionados com “Dados de Avaliação”, “Diagnósticos/Resultados de Enfermagem” e “Intervenções de Enfermagem”.

4.1.1.4.1. DADOS DE AVALIAÇÃO

Relativamente aos “Dados de Avaliação” que os informantes-chave referem como relevantes, distinguem-se duas subcategorias: “Atividades de Avaliação Diagnóstica” e “Atividades de avaliação da evolução da condição de saúde”.

4.1.1.4.1.1. ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Os diagnósticos de enfermagem decorrem como resultado da inferência dos dados das atividades diagnósticas. Por este motivo, os informantes-chave referem como relevantes diversas dessas atividades.

*“É importante também alguns outros itens que estão... como por ex.º **a avaliação das úlceras**” EGA01*

*“**saber a autonomia anterior do utente, ou saber se ela já tinha alguma perda de autonomia, em que áreas, ...**” ECL01*

*“...é importante saber **o que está para trás e que originou a situação de dependência dele.**”ECCI03*

*“Se temos à nossa frente, por ex.º um doente que teve um AVC com 80 anos e **que já tinha alguma dependência**, ou uma doente com 40 anos que teve um AVC, **que era independente...**”EGA01*

*“Interessava-me mais era **a capacidade de o doente ler, ou perceber...**” EGA02*

*“Falta-nos **um score de Barthel**, para também termos uma ideia, ou outra escala... **que nos permite também perceber um certo grau de dependência.**”ECCI03*

*“**A avaliação que é feita sobre esse cuidador. Acho que devia haver um campo, até na parte de enfermagem, ... mais dedicada [...] ao cuidador.**” EGA01*

*“**[...] A avaliação do prestador de cuidados. Eu acho que num grupo grande de doentes, acho que o aplicativo deveria ter***

informação que permitisse ter uma informação mais concreta do prestador. "EGA03

"é ele que tem que avaliar o papel de prestador de cuidados [...]" EGA03

"Eu acho que devia ter uma grelha/um instrumento que permitisse avaliar [a competência do prestador de cuidados]" EGA03

"[...] e provavelmente em que áreas é que poderão ser ou não prestadores de cuidados." ECL01

"[...] se calhar também poder caraterizar melhor o prestador de cuidados em termos da capacitação que ele tem para poder aprender alguma coisa." ECL01

Como se pode observar, a grande maioria das atividades de avaliação diagnóstica mencionadas refere-se às principais áreas de intervenção das ECCL: as feridas, conhecimento e aprendizagem de habilidades do cuidador, e a recuperação funcional do utente (reabilitação). Denota-se ainda a menção de alguns instrumentos relevantes para a recolha de dados, que são sentidos como uma necessidade, mas que não estão acessíveis, nomeadamente o "score de Barthel" e a "avaliação do cuidador/prestador de cuidados".

4.1.1.4.1.2. ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

O estado do utente no momento da referenciação é um dado relevante, mas para os entrevistados, um dos dados que referem várias vezes como relevante é a informação sobre a evolução/condição do utente, prévia à admissão na ECCL.

"Acho que é relevante sabermos o que se passou com o doente, a evolução e o que é que já melhorou, o que é que ainda não teve evolução..." ECC103

"Às vezes referencio um doente para tratamento de úlceras de pressão, por ex.º,... e entretanto a úlcera cicatriza e ... aquela, ou duas ou três; as outras permanecem e obviamente a minha função é colocar: estas, estas e estas úlceras foram cicatrizadas" EGA01

"... e se está a ter evolução favorável ou não" EGA01

"...durante o internamento se o doente teve uma evolução positiva ou se pelo contrário foi perdendo algumas capacidades..." ECL01

"... se não tiver essa informação, o colega [...] não sabe se está melhor nem se não está, vai começar de novo." EGA01

"[...] Para a continuidade de cuidados é importante saber se este doente adquiriu o controle esfinteriano." EGA03

"[...] no sentido de ver se ele está a conseguir colaborar, se não está. Se está a ter a melhor atitude." ECL01

"[...] não sabe se está melhor nem se não está, [...]" EGA01

| “[...] **vai ter que reavaliar**, [...]” EGA01

Esta informação surge como relevante pois permite aferir sobre a eficácia das intervenções já realizadas e a necessidade de reajustar estratégias e objetivos no âmbito das intervenções pela ECCI.

4.1.1.4.2. DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

No âmbito da “Informação de Produção de Enfermagem” os “Diagnósticos/Resultados de Enfermagem” constituem uma categoria relevante dos dados identificados como relevantes pelos informantes-chave. De entre os diagnósticos referidos destacam-se três subcategorias: “Feridas/Úlceras”, “Autocuidado” e “Conhecimentos/capacidades do cliente e/ou do prestador de cuidados”.

4.1.1.4.2.1. FERIDAS/ÚLCERAS DE PRESSÃO

O tratamento de feridas é um dos principais motivos de referência para ECCI, tendo constituído 40% dos motivos de referência para as ECCI no 1º semestre de 2012. (PORTUGAL. UMCCI, 2012, p. 22)

Os entrevistados dão grande relevância à necessidade de existir informação adequada sobre Feridas/Úlceras de pressão, no momento da referência.

| “[...] **diagnósticos que eu considero naquele doente** (que eu observei, que eu avaliei) **relevantes: feridas, úlceras de pressão** [...]” EGA01

| “Conforme está, tu lêes aquilo e sabes que realmente **o doente tem uma úlcera** [...]” ECL01

Esta informação mostra-se, pois, relevante para as ECCI no momento da referência, uma vez que permite alocar adequadamente os recursos da Equipa, aos utentes integrados sob a sua responsabilidade.

4.1.1.4.2.2. AUTOCUIDADO

Outro dos aspetos a que é dada bastante relevância é o autocuidado. Para os informantes-chave, é relevante identificar objetivamente quais as áreas do autocuidado em que o utente é dependente e quais aquelas em que ele detém autonomia.

| “[...] **normalmente os autocuidados** [...] todos [...] exceto este ou aquele, se houver alguma exceção” EGA01

| “Nos autocuidados, [...] diz que o **doente é dependente em grau moderado no autocuidado higiene** [...]” EGA02

| “[...] qual é a **ajuda que o doente necessita** e eu acho que isso é uma coisa a fazer falta aos colegas” EGA02

| “[é extremamente importante] [...] **a dependência a nível do autocuidado.**” ECCI01

“É extremamente importante as pessoas deixarem os diagnósticos ativos, nomeadamente, no que diz respeito aos autocuidados.”ECCI01

Segundo os informantes-chave, durante o internamento hospitalar, essa informação está disponível mas, logo que é dada a alta, os enfermeiros do hospital dão termo aos diagnósticos ativos, o que faz com que estes acabem por não vir mencionados na carta de alta ou no GestCare®CCI. Assim, existe uma lacuna na transmissão desta informação que, na opinião dos entrevistados, deve ser suprimida.

4.1.1.4.2.3. CONHECIMENTOS/CAPACIDADES DO UTENTE E/OU DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Ainda no âmbito dos “Diagnósticos/Resultados de Enfermagem”, surge a subcategoria “Conhecimentos/capacidades do Utente e/ou Prestador de Cuidados”. Esta área representa um dos principais motivos de referência para a ECCI (92% dos casos referenciados, apresentavam este motivo, no 1º semestre de 2012). (*Ibidem*)

*“Relevante no cuidador, acho que muito a parte dos ensinios; **conhecimento que o cuidador tem**, [...] quem olha para a informação que está no aplicativo, não vê lá muito espelhada essa necessidade.” EGA01*

*“[...] não vem espelhado **a necessidade de treino do prestador de cuidados**” EGA01*

*“[...] diagnósticos que eu considero relevantes:[...] **conhecimentos do prestador de cuidados** [...]” EGA01*

*“**Não chega dizer: ‘serve’/‘não serve’; ‘é competente’/‘não é competente’**” EGA03*

*“[...] e dizer **se aquele prestador de cuidados é competente ou não é competente para assegurar a continuidade de cuidados.**” EGA03*

*“**a competência daquele prestador de cuidados.**” EGA03*

*“[...] dar-mos alguma informação sobre as **capacidades do prestador de cuidados.**” ECL01*

*“[...]**se o prestador de cuidados tem algum conhecimento relativamente à manipulação daquela sonda**” ECCI01*

*“[...]e o **estado do conhecimento desse prestador de cuidados** relativamente a esse doente, essa informação deve chegar à ECCI” ECCI01*

*“[...] o **conhecimento do prestador de cuidados** relativamente às AVD.” ECCI01*

*“**saber se o cuidador já tem os conhecimentos para poder cuidar da pessoa.**” ECCI02*

*“**Se vai ser ele que vai dar a medicação ou fazer os posicionamentos.... Ou fazer as pesquisas de glicemia.**” ECCI03*

“[...] à data de alta demonstra conhecimento e capacidade para executar essa intervenção.”ECCI01

Como se pode verificar pelo exposto, esta é uma área de grande relevância para as ECCI (segundo os informantes-chave), mas onde se notam diversas lacunas, quer na quantidade de informação transmitida (escassa ou inexistente), quer na qualidade da informação (por vezes incipiente,) não permitindo estabelecer um ‘retrato’ objetivo sobre os conhecimentos/capacidades do utente e/ou prestador de cuidados.

4.1.1.4.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A informação sobre as “Intervenções de Enfermagem” é outra das categorias da “Informação de Produção de Enfermagem” que é considerada pelos entrevistados como relevante. No decurso da análise de conteúdo surgiram três subcategorias relacionadas com o “Tipo de Ação”, o “Beneficiário da Ação” e os “Procedimentos”.

4.1.1.4.3.1. TIPO DE AÇÃO

Na implementação de uma intervenção de enfermagem, existem diversos tipos de ações. Da análise das entrevistas, relativamente ao “Tipo de Ação”, os informantes-chave afirmam o seguinte:

*“Por exemplo, num doente com AVC, muitas vezes eles... numa fase inicial, deixam de ter controle esfinteriano (perdem o controle esfinteriano) e portanto, **têm que ser algaliados.**” EGA03*

*“[...] se é um doente que **já teve pensos ou não.**”ECCI03*

*“[...] se estão a fazer reabilitação ou cinesiterapia [...] **as intervenções que eu considero que têm que ter continuidade** [...] na cinesiterapia, na reabilitação funcional” EGA01*

*“Foi feito ensino, mas a família não ficou... aprendeu determinado aspeto e é **preciso reforçar aquele treino.**” EGA01*

*“O que eu coloco, normalmente, de intervenções, são **as intervenções que eu considero que têm que ter continuidade, que é no tratamento** [...] de feridas” EGA01*

*“[...] **os treinos que foram feitos**, e isso por defeito, o sistema não tem” EGA02*

*“[...] é importante que venha descrito **que foi treinado o prestador de cuidados.**”ECCI01*

*“Acho que devia haver um campo, até na parte de enfermagem, ... **mais dedicada aos ensinos** [...]”. EGA01*

*“**Se foram feitos ensinos** à família sobre entubação ou sobre os cuidados que tinham que ter com a intubação, com a PEG, [...] são informações que têm que ser dadas” EGA01*

*“O que eu coloco, normalmente são **as intervenções que eu considero que têm que ter continuidade** [...] nos ensinos” EGA01*

“Penso que é importante [...], os ensinamentos que foram feitos” EGA02

*“Na área dos conhecimentos, muitas vezes, nós podemos até ter em mente **trabalhar alguns conhecimentos** que já foram trabalhados no hospital e nós não temos acesso a esse tipo de informação e vamos duplicar o trabalho.”* ECL01

*“... se não tiver essa informação, o colega, **não sabe o que foi feito** [...].”* EGA01

Em relação ao “Tipo de Ação”, aquelas que são mais relevantes, segundo os informantes-chave, são as ações dos tipos: Determinar, Executar, Informar⁹.

4.1.1.4.3.2. BENEFICIÁRIO DA AÇÃO

Ainda no que diz respeito às “Intervenções de Enfermagem”, de acordo com os informantes-chave, não basta identificar o “Tipo de Ação”, mas é também necessário que seja mencionado o “Beneficiário da Ação”: o utente (ou Cliente⁹), ou o prestador de cuidados⁹/membro da família prestador de cuidados⁹.

*“[...] **se estão a fazer reabilitação** ou cinesiterapia com a colega de reabilitação.”* EGA01

*“[...] **o papel do prestador de cuidados, se foi feita alguma coisa.**”* ECCI01

*“[...] relativamente ao prestador de cuidados[...] **o que é que precisa ser trabalhado.**”* ECCI01

Será, na perspectiva dos enfermeiros, saber a quem se dirige a intervenção planeada. Esta informação é tanto mais relevante quanto menor for a autonomia do utente e, consequentemente maior dependência em relação ao cuidador. Para os entrevistados, importa clarificar quem necessita de intervenção e em que área.

4.1.1.4.3.3. PROCEDIMENTO

O “Procedimento” constitui a última subcategoria das “Intervenções de Enfermagem”, mas é um dos aspetos mais realçados no decorrer das entrevistas. Algumas das referências dos entrevistados seguem abaixo:

*“Nós colocamos sempre [...] **o material utilizado no tratamento das úlceras de pressão, para mim é fundamental**”* EGA01

*“Mesmo **produtos de penso, material de penso, o doente está aqui a fazer [tratamento a] uma ferida, nós colocamos também no aplicativo qual é o tratamento que o doente está a fazer.**”* EGA02

*“**O tipo de tratamento** que estão a efetuar.”* ECL01

*“Se calhar, para mim, nomeadamente para a ECCL é muito mais fundamental saber [...] **o tipo de material.**”* ECL01

⁹ Segundo a CIPE® versão 2, (ICN - International Council of Nurses, 2011)

*“Nós colocamos sempre **a frequência** [...] no tratamento das úlceras de pressão” EGA01*

*“**A periodicidade dos tratamentos.**”ECL01*

*“[...] é muito mais fundamental saber **a periodicidade dos tratamentos.**”ECL01*

*“[...] se é para **retirar, se é para tentar desalgaliar**, se não foi feita tentativa no hospital, porquê? Se é para tentar no CS... são informações que têm sempre que ser fornecidas.” EGA01*

*“[...] manda-me o **número da placa e do saco** que assim nós já pedimos. Quando formos lá a casa já temos.” EGA01*

*“[...] **o número da algália...**” EGA01*

*“[...] **data de trocar um cateter ou de fazer uma intervenção qualquer.**”ECCI01*

*“É relevante saber se necessitou, **se há necessidade de manter.**”ECCI03*

*“É importante saber... **mudança da sonda, mudança da algália...** se houve ou não dificuldade em algaliar... é importante nós termos isso.”ECCI03*

*“[É importante saber **se já esteve algaliado anteriormente**] porque pode acontecer, passados quinze dias o doente ter um episódio de retenção, por causa desse facto de o doente ter estado algaliado...”ECCI03 “...saber quais são **as ajudas técnicas que ele necessita.**”EGA02*

Verifica-se que, muitas vezes, a simples informação sobre o “Tipo de Ação” e o “Beneficiário da Ação” não são suficientes, no que diz respeito às “Intervenções de Enfermagem”. Os informantes-chave dão bastante ênfase à necessidade de serem transmitidas informações precisas sobre a forma como são realizadas as intervenções de enfermagem, quer no que diz respeito ao tipo de procedimento, quer em relação à frequência e aos dispositivos/recursos utilizados.

4.1.2. Acessibilidade à Informação

Uma das nossas questões de partida é “Qual o nível de acessibilidade aos dados/informação de referência para a RNCCI que, na perspetiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?”. Como respostas a essa pergunta, encontramos ao longo das entrevistas várias afirmações que nos ajudam a compreender a opinião dos informantes-chave.

*“**A informação está muito perdida** [no sentido de dispersa]. Quem quiser ir pesquisar alguma coisa lá, é **difícil perceber a sequência da informação.**” EGA01*

“Eu acho que a avaliação de enfermagem não é nada. Eu acho que devia ser toda reformulada.” EGA03

“A gente aproveita o campo aberto para por aquilo que considera mais pertinente, mas que é complicado é, porque obriga-nos a por diagnósticos, intervenções e resultados, se quisermos ter, dar e transmitir minimamente um conhecimento que permita assegurar a continuidade de cuidados, porque senão, quem tem que avaliar e assegurar a continuidade de cuidados não faz nada com a informação que o aplicativo tem.” EGA03

“No GestCare não é muito fácil obter uma informação muito específica.” ECL01

“Devia haver uma intercomunicação entre o SAPE hospitalar e o SAPE do Centro de saúde.” ECCI03

Por diversas vezes, ao longo das entrevistas, notamos a existência de hesitações ou interrogações sobre se, de facto, esta ou aquela informação está acessível. Uma das principais dificuldades apontadas está relacionada com as avaliações de enfermagem, cujo formato de apresentação e campos disponíveis não respondem às necessidades dos utilizadores. A informação que existe, ainda que relevante, por vezes não é facilmente acessível, ou é mesmo inexistente. Este é um dos principais motivos de preocupação dos informantes-chave.

4.1.3. Repositórios da Informação Relevante

Conforme foi referido no capítulo sobre a finalidade, um dos propósitos deste estudo é identificar os repositórios em que se encontra a informação considerada relevante para os enfermeiros das ECCL, no momento da referência.

No decorrer das entrevistas surgem várias afirmações que nos permitem identificar os seguintes repositórios de dados/informação de referência para a RNCCI que relevam, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem, como sendo os mais importantes, na perspectiva dos enfermeiros: SAPE, GestCare® CCI, Carta de Alta, Rede de Suporte, Serviço Referenciador. Além destes são ainda mencionados o SAM, o SONHO, o SINUS, embora apenas dois informantes-chave lhes façam referência.

4.1.3.1. SAPE

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem é largamente utilizado pelos enfermeiros em vários hospitais e na totalidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde, da Região de Saúde do Norte. Por este motivo, era de alguma forma expectável que os informantes-chave o referissem como um dos repositórios de informação relevante. As afirmações abaixo confirmam essa expectativa:

“O SAPE, na carta de transferência, todos os ensinamentos, todos os treinamentos, não tem.” EGA02

“A carta de transferência que nós utilizamos é a do SAPE” EGA02

“A Nota de Alta é feita no SAPE [...] que é o Plano de Enfermagem atualizado” EGA02

“[A informação que considera relevante, está disponível] aqui no hospital: no SAPE!” EGA03

“Aqui, internamente, estamos a passar por um processo ainda muito numa fase inicial de utilização do SAPE” EGA03

“Na nossa realidade, sempre que a informação do aplicativo e a carta de alta podem não ser suficientes [...] nós aqui temos a possibilidade de poder ir buscar a informação aos aplicativos que utilizamos [SAM e SAPE] e podemos consultar a informação do hospital.” ECL01

“[...] No Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)” ERACES01

“... no SAPE tem praticamente a informação toda.” ECCIO2

“...os dados já existem... estão lá... estão no SAPE.” ECCIO2

“...depois complementamos a informação que temos dos nossos doentes no SAPE.” ECCIO2

“... não sei como é que podemos ter acesso a isso [informação sobre anteriores internamentos]... ou através do SAPE, ou...” ECCIO3

Pelas afirmações apresentadas, verifica-se que a maioria dos entrevistados considera o SAPE como um repositório de informação relevante, apontando, no entanto, a necessidade de melhorar alguns dos seus relatórios (Nota de alta/Carta de transferência) para que passem a incluir alguma da informação que não está disponível neste momento.

4.1.3.2. GestCare® CCI

O GestCare® CCI, é o sistema que serve de suporte à referência, monitorização e gestão dos utentes da RNCCI. A informação que contém é considerada por alguns dos informantes-chave como relevante, conforme podemos verificar pelas afirmações abaixo:

“Aqui no meu hospital pode ser quer o aplicativo [referindo-se ao GestCare® CCI] (da informação que está no aplicativo), quer das notas de alta” EGA02

“O GestCare, para mim... é colocada a informação na altura da referência com o objetivo de... Prontos, deve ser o mais completa possível, mas é impossível. Tu de lá não consegues ter a noção daquilo que se passou no internamento, da evolução que o doente tem. É muito difícil tirar essa informação mais específica. Tiras a informação do global do utente e supostamente tiras a

informação dos objetivos para os quais eles estão a ser referenciados... pouco mais.” ECL01

“A informação que está na plataforma [GestCare® CCI]... toda a informação que lá está faz-nos falta para a prestação de cuidados.” ECCIO2

“A primeira informação é a que está na plataforma...” ECCIO2

“Vou logo [...] ao aplicativo buscar grande parte da informação.” ECCIO3

4.1.3.3. Carta de Alta

Sempre que um utente sai de uma instituição hospitalar ou da RNCCI deve ser portador de uma carta de alta/transferência que deverá conter informação sobre o que se passou no internamento e informação para continuidade de cuidados.

Alguns informantes-chave fazem referência a este repositório como contendo informação relevante.

*Quando não se consegue, o que é que se utiliza? As **cartas de alta**. Na maior parte das situações ‘tá tudo à espera (entre aspas)... **todos os grupos profissionais estão à espera da carta de alta** para tentar tirar mais alguma informação. Até, nomeadamente para estabelecer o plano de cuidados.” ECL01*

*“Neste momento, **a carta de alta continua a ser a forma melhor de transmissão de informação** no momento da alta.” ECL01*

“[as cartas de alta] tem os diagnósticos, as intervenções que estão ativas e um espaço para notas.” ECCIO1

Como podemos ver pelos relatos transcritos, apesar de não ser mencionado por grande parte dos informantes-chave, alguns referem a carta de alta como sendo de grande valor em termos de informação, no momento da referênciação.

4.1.3.4. Rede de Suporte

Como já foi referido, nem sempre a informação relevante está disponível. Como forma de dar resposta a essa necessidade, os informantes-chave referem a rede de suporte (em particular a família) como repositório dessa informação.

*“Muitas vezes é... a **entrevista com os familiares** e com o próprio utentes, **tentar perceber** o que é que **foi feito**, o que é que **não foi feito**.” ECL01*

*“[...] ou **questiono a família**.” ECCIO1*

4.1.3.5. Serviço Referenciador

Outro dos repositórios mencionados por mais do que um entrevistado foi o Serviço Referenciador (unidade de internamento ou de saúde familiar) que deu origem ao processo de referênciação.

*“E muitas vezes pegar no telefone e **ligar para o hospital que referenciou, ou para a equipa de saúde familiar que referenciou e tentar angariar mais informação.**” ECL01*

*“Uma **situação** ou outra, que às vezes seja **muito importante** e que eu **não consiga perceber alguns aspetos**, já tem acontecido **ligar para o hospital.**” ECCIO1*

Pelo que já foi dito anteriormente a informação relevante nem sempre se encontra acessível, pelo que os informantes-chave referem o recurso ao contacto com o serviço referenciador, para completarem a informação recolhida por outros meios.

4.1.3.6. Outros Repositórios

Tal como já referido no início desta secção, apenas dois informantes-chave fazem referência a outros repositórios além dos já enumerados, tais como o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), o SONHO, o SINUS e o RNU.

*“[utilizo] **o SAPE, o SAM, vou ao SONHO, por vezes para tirar alguns dados de SNS, [...] fundamentalmente SAPE, SONHO e SAM... vou muitas vezes ao SAM**” EGA01*

*“**É fundamental ir buscar os dados que temos no sistema SINUS**” ERACES01*

*“**Às vezes é fundamental (e às vezes é necessário) recorrer ao RNU, que é a identificação do sistema nacional.**” ERACES01*

Quer num caso, quer no outro, estamos a falar de realidades específicas em que o acesso a estes sistemas é mais frequente/facilitado. No entanto, estes repositórios não são referidos por mais nenhum informante-chave.

4.2. Momento II

Como já mencionado anteriormente, esta fase do estudo foi realizada com recurso à aplicação de um questionário construído com base nos resultados da primeira fase do estudo e da análise da estrutura e conteúdo do Sistema de Informação da RNCCI.

Para a análise dos dados recorreremos a uma abordagem quantitativa, utilizando o programa de tratamento de dados estatísticos IBM® Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 19. Após introdução dos dados recolhidos procedeu-se á descrição das variáveis com recurso à estatística descritiva e para o estudo das suas relações recorreu-se à estatística inferencial.

Procedemos ao estudo das características da distribuição amostral, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), verificando a existência de resultados com uma significância

estatística de $p < 0,001$ em todos os itens, o que nos revela que a nossa amostra não adere à normalidade. Assim, perante estes dados e ainda pelo facto de utilizarmos uma escala tipo Likert em que as nossas variáveis em estudo são ordinais, optamos pela utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Na análise descritiva descreveremos a amostra através das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central, nomeadamente a média, moda e mediana e medidas de dispersão através do desvio padrão.

Para o estudo da relação entre variáveis utilizamos testes estatísticos não paramétricos: o teste U-Mann-Whitney (U) para avaliar a diferença de médias em duas amostras independentes; recorreremos ainda ao estudo do coeficiente de correlação de postos de Spearman (r_s) para o estudo das relações entre variáveis da mesma natureza. Assim, para efeitos desta dissertação para a análise inferencial apenas apresentamos resultados para um valor $p < 0,05$.

4.2.1. Caracterização da Amostra

Como referimos anteriormente, foram contactadas todas as ECL e ECCI da Região Norte (114), tendo-se voluntariado para participar no estudo um total de 174 enfermeiros. Cada um deles forneceu o seu contacto de correio eletrónico, para posterior envio da ligação eletrónica para o questionário em linha.

Ao questionário apresentado responderam 103 enfermeiros, tendo sido validados 84. Os restantes foram excluídos por não se encontrarem devidamente preenchidos.

A nossa amostra foi constituída por 84 enfermeiros que exercem funções, quer ao nível das ECL, quer ao nível das ECCI, na Região Norte, maioritariamente do sexo feminino (75,0%)

Conforme podemos ver no

QUADRO 2, a média de idades dos respondentes é de 37,88 anos (desvio padrão=7,02) sendo o valor da mediana de 37 anos. A idade mais frequente é 38 anos. O elemento mais novo da nossa amostra tem 28 anos, e o elemento com mais idade tem 58 anos.

Os enfermeiros que participaram no estudo trabalham em média há 15,1 anos, variando a experiência profissional entre um mínimo de 4 ano e um máximo de 35 anos (desvio padrão=6,91). O valor modal é de 15 anos de experiência, verificando-se que pelo menos 50% dos enfermeiros trabalham também há pelo menos 15 anos.

Em relação à experiência profissional no contexto das ECL, verificamos que em média os enfermeiros que participaram neste estudo trabalham nesta área há 35,6 meses (desvio

padrão=24,00). Esse tempo de experiência em ECL oscila entre os 3 meses e os 72 meses, embora pelo menos metade dos enfermeiros participantes no estudo trabalhe neste contexto há mais de 26 meses. Em relação aos enfermeiros que afirmaram trabalhar na ECCI, o tempo de exercício nesta estrutura varia entre 1 e 40 meses, apresentando uma mediana de 17 meses. O número de meses de serviço mais frequente é 18 e, em média, os enfermeiros trabalham na ECCI há 17,4 meses. No caso desta estrutura, a dispersão é menor que nas ECL, situando-se o desvio-padrão em 7,26 meses. Do total de respondentes, 12 enfermeiros afirmaram exercer funções simultaneamente nas ECL e ECCI.

QUADRO 2: Estatística descritiva das variáveis Idade, Tempo de Exercício Profissional, Tempo de Exercício na ECL e Tempo de Exercício na ECCI

Variável	N	Média	Mediana	Moda	DP	Mínimo	Máximo
Idade	84	37,9	37	38	7,02	28	58
Tempo de exercício profissional (em anos)	84	15,1	15	15	6,91	4	35
Tempo de exercício na ECL (em meses)	19	35,6	26	6 ¹⁰	24,02	3	72
Tempo de exercício na ECCI (em meses)	77	17,4	17	18	7,26	1	40

Relativamente à “Categoria Profissional” dos respondentes, 75% (n=63) são Enfermeiros generalistas e 25% (n=21) são Enfermeiros Especialistas. De entre os especialistas, 60,9% (n=14) não fez menção da área de especialização que detém, apenas 13% (n=3) responderam ser Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, e os restantes 26,1% (n=6) são detentores de especialização em Enfermagem Comunitária, Enfermagem Médico-cirúrgica, Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

4.2.2. Relevância/acessibilidade da informação

Neste ponto, apresentamos os resultados da secção II do questionário referente à opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância dos dados/informação de referência, documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, bem como da sua opinião relativamente à acessibilidade desses mesmos dados/informação.

Como referimos anteriormente, o questionário apresentou 78 enunciados. A opinião dos enfermeiros foi dada através de um diferencial semântico da aplicação de uma escala de Likert ordenada pela ordem crescente do valor da relevância e acessibilidade dos enunciados apresentados.

Seguindo um critério semelhante ao já utilizado por outros autores em estudos similares (SOUSA, 2006; MOTA, 2010; PEREIRA, 2009), consideramos que para que um item

¹⁰ Tratando-se de uma variável multimodal, consideramos sempre a moda menor

de informação seja considerado “muito relevante” ou “muito acessível”, deveria cumprir, cumulativamente, com os seguintes requisitos:

REQUISITO	CRITÉRIO
Média	≥ 4
Mediana e Moda	5
Frequência acumulada dos scores 4 e 5 – $Fa_{4,5}$	$\geq 75\%$.

Por outro lado, para que um item seja considerado “pouco/nada relevante” ou “pouco/nada acessível”, deveria cumprir, cumulativamente, com os seguintes requisitos:

REQUISITO	CRITÉRIO
Média	≤ 2
Mediana e Moda	1
Frequência acumulada dos scores 1 e 2 – $Fa_{1,2}$	$\geq 75\%$.

Para efeitos de classificação da dispersão utilizaremos o seguinte critério:

- Dispersão baixa: desvio-padrão $<0,50$
- Dispersão moderada: desvio-padrão $\geq 0,50$ e $<1,00$
- Dispersão elevada: desvio-padrão ≥ 1

4.2.2.1. Relevância dos dados/informação documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem

Como podemos observar pela globalidade dos resultados que integram o questionário (Anexo VII) relativos à relevância dos dados/informação documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, a grande maioria (n=69) apresenta um score médio superior ou igual a quatro, em relação à relevância.

O QUADRO 3 apresenta-nos os 59 itens que contemplam uma mediana e moda igual a cinco e $Fa_{4,5} \geq 75\%$, com médias iguais ou superiores a quatro, qualificando-os como “muito relevantes”.

QUADRO 3: Estatística descritiva dos itens “muito relevantes”

Itens	Relevância				
	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Mo	$Fa_{4,5}$
Q5. Motivo da solicitação de ingresso na RNCCI	4,9	0,40	5	5	97,6
Q8.1. Identificação do(s) prestador(es) de cuidados	4,9	0,44	5	5	96,4
Q6. Contacto privilegiado	4,8	0,53	5	5	95,1
Q7.9 Papel/tipo apoio elementos rede suporte	4,8	0,49	5	5	96,4
Q8.3. Cap./conhecimento prestador(es) de cuidados	4,8	0,54	5	5	93,9
Q8.4. Contactos do(s) prestador(es) de cuidados	4,8	0,58	5	5	92,7
Q9.1. Existência barreiras arquitetónicas habitação	4,8	0,52	5	5	97,7
Q10.8. Autonomia física (IAI)	4,8	0,50	5	5	96,3

Itens	Relevância				
	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Mo	Fa _{4,5}
Q10.10. Estado cognitivo (IAI)	4,8	0,51	5	5	95,2
Q11.2. Dados que traduzam nível dependência no autocuidado	4,8	0,49	5	5	96,4
Q11.4. Autonomia/dependência anterior do utente	4,8	0,54	5	5	95,3
Q11.5. Avaliação do risco de úlcera de pressão (escala de Braden)	4,8	0,47	5	5	96,4
Q11.6. Avaliação das úlceras de pressão do utente	4,8	0,58	5	5	95,2
Q12.9. Medicação ativa no momento da alta	4,8	0,50	5	5	96,4
Q2.5. Morada à data do internamento	4,7	0,75	5	5	94,0
Q7.8. Rede de suporte	4,7	0,59	5	5	94,0
Q8.2. Disponibilidade do(s) prestador(es) de cuidados	4,7	0,62	5	5	94,1
Q10.7. Locomoção (IAI)	4,7	0,64	5	5	93,8
Q11.12. Resultados esperados	4,7	0,61	5	5	92,7
Q11.16. Ajudas técnicas necessárias ao utente	4,7	0,55	5	5	96,4
Q12.2. Situação clínica do utente	4,7	0,58	5	5	95,3
Q12.3. Necessidades identificadas de cuidados médicos	4,7	0,65	5	5	92,8
Q12.7. Antecedentes patológicos do utente	4,7	0,59	5	5	94,0
Q12.10. Medicação em SOS	4,7	0,71	5	5	94,1
Q8.5. Relacionamento prestador(es) de cuidados	4,6	0,58	5	5	95,2
Q9.2. Arejamento, iluminação e limpeza da habitação	4,6	0,60	5	5	94,0
Q10.6. Quedas (IAI)	4,6	0,68	5	5	91,6
Q10.9. Autonomia instrumental (IAI)	4,6	0,70	5	5	92,8
Q11.9. Ensinar doente/cuidador enunciadas no SIRNCCI	4,6	0,60	5	5	93,9
Q11.10. Descrição ações de enfermagem no âmbito do ensinar	4,6	0,64	5	5	94,0
Q12.1. Diagnósticos médicos	4,6	0,66	5	5	92,8
Q12.4. Dieta do utente	4,6	0,65	5	5	94,1
Q12.5. Prognóstico (evolução previsível) do utente	4,6	0,68	5	5	91,7
Q13. A informação relativa à avaliação produzida pelo TSSS	4,6	0,71	5	5	95,2
Q2.2. Unidade de saúde	4,5	0,90	5	5	84,5
Q2.4. Médico de família	4,5	0,80	5	5	87,8
Q2.6. Morada à data da alta	4,5	0,74	5	5	90,5
Q10.1. Data da colheita dos dados (IAI)	4,5	0,79	5	5	90,4
Q10.4. Queixas de saúde do utente (IAI)	4,5	0,83	5	5	89,3
Q10.5. Estado de nutrição (IAI)	4,5	0,87	5	5	85,6
Q10.11. Queixas emocionais (IAI)	4,5	0,65	5	5	91,7
Q10.14. Hábitos de alimentação (IAI)	4,5	0,69	5	5	89,2
Q11.1. Diagnósticos de enfermagem enunciados no SIRNCCI	4,5	0,74	5	5	88,1
Q11.3. Histórico dos diagnósticos de enfermagem	4,5	0,74	5	5	88,0
Q11.7. Intervenções de enfermagem enunciadas SIRNCCI	4,5	0,82	5	5	88,0
Q11.8. Atitudes terapêuticas	4,5	0,77	5	5	88,1
Q11.11. Histórico das intervenções de enfermagem realizadas	4,5	0,75	5	5	86,9
Q11.15. Dispositivo de imobilização	4,5	0,83	5	5	86,8
Q11.17. Ajudas técnicas não acessíveis ao doente	4,5	0,77	5	5	91,5
Q11.18. Disponibilidade utente/rede suporte p/ adquirir ajudas técnicas	4,5	0,67	5	5	92,9
Q12.6. Atitudes terapêuticas ativas	4,5	0,67	5	5	92,9
Q2.3. Enfermeiro de família	4,4	0,86	5	5	86,8
Q4.3. Recursos económicos	4,4	0,85	5	5	88,1
Q10.3. Quem respondeu ao inquérito (IAI)	4,4	0,86	5	5	84,3
Q11.14. Dispositivo de correção	4,4	0,83	5	5	85,3
Q2.7. Nº internamentos anteriores	4,3	0,84	5	5	84,5
Q10.12. Estado social (IAI)	4,3	0,92	5	5	86,6
Q12.8. Medicação anterior do utente	4,3	0,97	5	5	83,1
Q10.2. Tipo de avaliação (IAI)	4,2	1,06	5	5	78,3

Logo à partida, podemos verificar que existe coerência com os ‘achados’ da primeira fase deste estudo, sendo que a maioria dos itens com média mais elevada tem relação direta com as categorias de informação anteriores.

Da totalidade dos itens, 19 são considerados como menos relevantes pelos respondentes. Contudo, nenhum dos itens apresenta critérios para ser considerado “pouco/nada relevante”.

O QUADRO 4 permite-nos observar os dez itens menos relevantes. Podemos verificar que nenhum destes itens reuniu critérios para ser considerado “muito relevante”. Seis dos dez itens menos relevantes pertencem à categoria “Informação relativa à rede de suporte do utente”, do questionário. Todos os itens apresentam um desvio-padrão moderado a elevado (variando entre 0,83 e 1,16). De todos os itens, o que apresenta o valor mais baixo em todas as medidas de tendência central é o “Q7.5 Estado civil dos elementos do agregado familiar do utente” (Média=3,1; Mediana e Moda=3).

QUADRO 4: Estatística descritiva dos dez itens de informação menos relevantes

Itens	Relevância				
	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Mo	Fa _{4,5}
Q7.5. Estado civil dos elementos do agregado familiar do utente	3,1	1,06	3	3	32,1
Q4.1. Profissão do utente	3,7	0,97	4	4	63,1
Q4.4. Pessoa responsável pela gestão do património do utente	3,8	1,01	4	4	62,6
Q3.1. Escolaridade do utente	3,8	1,01	4	4	50,0
Q2.1. Nome preferencial do utente	3,9	1,16	4	5	69,1
Q7.2. Estado no agregado dos elementos do agregado familiar	3,9	0,93	4	4	69,1
Q7.3. Situação profissional dos elementos do agregado familiar do utente	3,9	0,85	4	4	67,5
Q7.6. Idade dos elementos do agregado familiar do utente	3,9	0,83	4	4	72,3
Q7.11. Ecomapa do utente	3,9	0,92	4	5	65,4
Q7.10. Genograma do utente	4,0	0,92	4	5	66,7

4.2.2.2. Acessibilidade dos dados/informação documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem

Em relação à acessibilidade dos mesmos dados/informação documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, podemos observar pela globalidade dos resultados que integram o questionário (Anexo VIII), que apenas 13 itens apresentam scores médios iguais ou superiores a quatro.

O QUADRO 5 apresenta-nos os treze itens com scores médios mais elevados em termos de acessibilidade. Podemos verificar que destes, apenas seis apresentam mediana e moda igual a 5 e Fa_{4,5}≥75%, com médias iguais ou superiores a quatro, qualificando-os como ‘muito acessíveis’

QUADRO 5: Estatística descritiva dos treze itens de informação mais acessíveis

Itens	Acessibilidade				
	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Mo	Fa _{4,5}
Q11.5. Avaliação do risco de úlcera de pressão (escala de Braden)	4,4	0,58	5	5	82,0
Q10.3. Quem respondeu ao inquérito	4,3	0,98	5	5	78,8
Q10.10. Estado cognitivo (orientação temporal, orientação espacial)	4,2	1,00	5	5	79,3
Q10.8. Autonomia física	4,2	1,01	5	5	76,8
Q10.2. Tipo de avaliação (exemplos: admissão/ambatório; internamento)	4,2	1,09	5	5	79,1
Q10.9. Autonomia instrumental	4,2	1,08	5	5	78,3
Q2.5. Morada do utente (à data do internamento)	4,2	1,05	4	5	77,4
Q10.7. Locomoção	4,1	1,11	4	5	74,4
Q6. Informação relativa ao contacto privilegiado do utente	4,0	1,15	4	5	72,0
Q10.6. Quedas	4,0	1,07	4	5	70,7
Q13. A informação relativa à avaliação produzida pelo TSSS	4,0	1,06	4	5	73,5
Q10.1. Data da colheita dos dados	4,0	1,20	4	5	74,4
Q2.8. ECL da morada preferencial do utente	4,0	1,25	4	5	70,0

Apesar de dois itens terem médias iguais ou inferiores a dois e mediana e moda de 1 (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**, Anexo VIII), não reúnem as condições necessárias para serem consideradas como “pouco/nada acessíveis”:

- Q7.11 Ecomapa do utente, com Fa_{1,2}=73,50%
- Q7.10 Genograma do utente, com Fa_{1,2}=70,70%

4.2.2.3. Análise comparativa Relevância/Acessibilidade dos dados/informação

Em relação à análise comparativa da relevância/acessibilidade dos dados/informação documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, podemos observar pelos resultados que integram o questionário (Anexo VII e Anexo VIII), do global de itens (n=59) que reúnem os requisitos para serem classificados como “muito relevantes”, apenas seis itens obtêm simultaneamente a classificação como ‘muito acessíveis’ (QUADRO 6)

- Q11.5. Avaliação do risco de úlcera de pressão (escala de Braden)
- Q10.10. Estado cognitivo (orientação temporal, orientação espacial)
- Q10.8. Autonomia física
- Q10.9. Autonomia instrumental
- Q10.3. Quem respondeu ao inquérito
- Q10.2. Tipo de avaliação

QUADRO 6: Estatística descritiva dos itens simultaneamente
“muito relevantes” e “muito acessíveis”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q11.5	4,82	0,47	5,00	5	96,40	4,36	0,58	5,00	5	82,00
Q10.10	4,80	0,51	5,00	5	95,20	4,24	1,00	5,00	5	79,30
Q10.8	4,78	0,50	5,00	5	96,30	4,20	1,01	5,00	5	76,80
Q10.9	4,60	0,70	5,00	5	92,80	4,17	1,08	5,00	5	78,30
Q10.3	4,42	0,86	5,00	5	84,30	4,28	0,98	5,00	5	78,80
Q10.2	4,18	1,06	5,00	5	78,30	4,17	1,09	5,00	5	79,10

Podemos verificar que cinco dos seis itens pertencem à mesma categoria: “Instrumento de Avaliação Integrada – IAII”, o qual é de preenchimento obrigatório no GestCare® CCI.

Por seu lado, se tivermos em consideração os itens com **menor score de relevância dos dados/informação** documentada no SIRONCCI (GestCare® CCI), referidas anteriormente (QUADRO 4), constatamos através do QUADRO 7 (que nos apresenta os 10 itens com scores médios menos elevados de relevância) que nenhum deles se visualiza como “muito acessível” ou “pouco acessível” (facto também traduzido pelo valor frequência acumulada).

QUADRO 7: Comparação entre relevância e acessibilidade, dos 10 itens com scores médios menos elevados em termos de relevância (por ordem decrescente)

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q7.5	3,05	1,06	3,00	3	32,10	2,43	1,16	3,00	3	17,10*
Q4.1	3,67	0,97	4,00	4	63,10	2,60	1,17	3,00	3	21,50*
Q4.4	3,76	1,01	4,00	4	62,60	2,31	1,36	2,00	1	20,40*
Q3.1	3,78	1,01	4,00	4	50	3,43	1,29	3,50	3	50,00
Q7.2	3,93	0,93	4,00	4	69,10	2,61	1,30	3,00	3	22,80*
Q7.3	3,93	0,85	4,00	4	67,50	2,56	1,33	3,00	1	23,20*
Q2.1	3,93	1,16	4,00	5	69,1	2,48	1,53	2,00	1	30,2
Q7.6	3,94	0,83	4,00	4	72,30	2,51	1,27	3,00	3	20,40*
Q7.11	3,94	0,92	4,00	5	65,40	1,84	1,23	1,00	1	12,00*
Q7.10	4,00	0,92	4,00	5	66,70	1,90	1,26	1,00	1	13,40*

* Fa_{1,2}<75%

Se tivermos por base os itens com **menor score de acessibilidade aos dados/informação** documentada no SIRONCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, podemos observar através do QUADRO 8 (tradutor dos 10 itens menos relevantes), os seguintes itens (por ordem crescente de acessibilidade):

- Q7.11. Ecomapa do utente
- Q7.10. Genograma do utente
- Q8.5. Relacionamento do(s) prestador(es) de cuidados com o utente e coabitantes
- Q7.7. Tempo de permanência em casa dos elementos do agregado familiar do utente
- Q4.4. Pessoal responsável pela gestão do património do utente

- Q8.3. Capacidade/conhecimento do(s) prestador(es) de cuidados
- Q7.5. Estado civil dos elementos do agregado familiar do utente
- Q8.2. Disponibilidade do(s) prestador(es) de cuidados
- Q11.18. Disponibilidade do utente/rede de suporte para adquirir ajudas técnicas
- Q12.5. Prognóstico (evolução previsível) do utente

Ao contrário do que se verificou em relação à relevância, no caso da acessibilidade, entre os dez itens com menor score médio, existem 5 que são considerados “muito relevantes”, com menor acessibilidade:

- Q8.5. Relacionamento do(s) prestador(es) de cuidados com o utente e coabitantes
- Q8.3. Capacidade/ conhecimento do(s) prestador(es) de cuidados
- Q8.2. Disponibilidade do(s) prestador(es) de cuidados
- Q11.18. Disponibilidade do utente/ rede de suporte para adquirir ajudas técnicas
- Q12.5. Prognóstico (evolução previsível) do utente

Entre os dez itens menos relevantes, surgem de novo os itens Q7.10 e Q7.11, com potencial para serem considerados como “pouco/nada relevantes”, sem que no entanto se atinja um valor de $Fa_{1,2}$ maior ou igual a 75%.

Podemos ainda observar que, dos dez itens menos acessíveis (tendo por base o score médio), quatro pertencem à categoria “Rede de Suporte” na estrutura do questionário, não sendo consideradas pelos participantes como “muito relevantes”:

- Q7.11. Ecomapa do utente
- Q7.10. Genograma do utente
- Q7.7. Tempo de permanência em casa dos elementos do agregado familiar do utente
- Q7.5. Estado civil dos elementos do agregado familiar do utente

QUADRO 8: Comparação entre relevância e acessibilidade dos 10 itens com scores médios menos elevados em termos de acessibilidade (por ordem decrescente)

Itens	Acessibilidade					Relevância				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q7.11	1,84	1,23	1,00	1	12,00*	3,94	0,92	4,00	5	65,40
Q7.10	1,90	1,26	1,00	1	13,40*	4,00	0,92	4,00	5	66,70
Q8.5	2,24	1,32	2,00	1	20,70*	4,63	0,58	5,00	5	95,20
Q7.7	2,28	1,30	2,00	1	19,50*	4,23	0,95	4,00	5	84,30
Q4.4	2,31	1,36	2,00	1	20,40*	3,76	1,01	4,00	4	62,60
Q8.3	2,35	1,37	2,00	1	22,00*	4,78	0,54	5,00	5	93,90
Q7.5	2,43	1,16	3,00	3	17,10*	3,05	1,06	3,00	3	32,10
Q8.2	2,45	1,47	2,00	1	27,80	4,70	0,62	5,00	5	94,10
Q11.18	2,45	1,33	2,00	1	22,90*	4,54	0,67	5,00	5	92,90
Q12.5	2,46	1,24	2,00	2	19,20*	4,56	0,68	5,00	5	91,70

* $Fa_{1,2} < 75\%$

4.2.2.4. Dimensões específicas de dados/informação

De seguida apresentamos os resultados individuais de cada dimensão referenciada no questionário. Para obter um score médio global de cada dimensão (valor global de relevância e acessibilidade) procedeu-se à computação de novas variáveis, através das médias obtidas em cada um dos itens ignorando os nulos, que integram a respetiva dimensão. Dado que se pretendia analisar os resultados globais tendo por base também o valor global da mediana (que permitisse a análise da existência cumulativa dos critérios de relevância e acessibilidade: média, mediana, moda e Fa), procedeu-se também à computação de novas variáveis, através das medianas obtidas em cada um dos itens, que integram a respetiva dimensão.

4.2.2.4.1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE

Esta dimensão agrega itens que identificam e caracterizam o utente referenciado para a ECCI. Em termos globais, a dimensão “Identificação e caracterização do utente” é considerada “muito relevante” (QUADRO 9), apresentando um score médio global de 4,4, uma mediana e uma moda de 5. Apresenta ainda uma dispersão baixa (DP=0,52) e um valor de Fa_{4,5} de 83,9%. No que se refere à acessibilidade, a dimensão não reúne critérios de inclusão como “muito acessível”, apresentando um score médio global de 3,2, uma mediana e moda de 3, uma dispersão moderada (DP=0,87) e um valor de Fa_{4,5} de 49,3%.

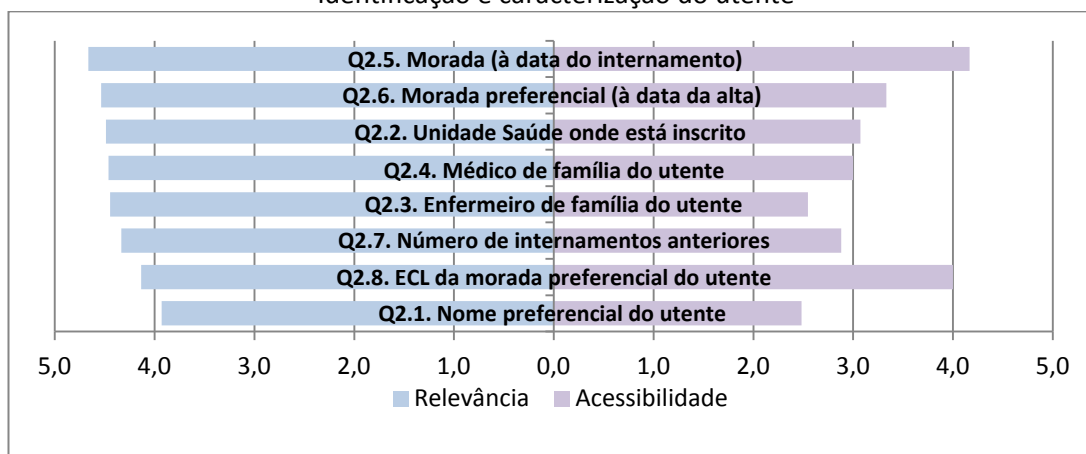
QUADRO 9: Estatística descritiva da dimensão “Identificação e caracterização do utente”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q2.1	3,9	1,16	4	5	69,1	2,5	1,53	2	1	30,2
Q2.2	4,5	0,90	5	5	84,5	3,1	1,53	3	5	44,6
Q2.3	4,4	0,86	5	5	86,8	2,5	1,53	2	1	35,7
Q2.4	4,5	0,80	5	5	87,8	3,0	1,62	3	1	47,0
Q2.5	4,7	0,75	5	5	94,0	4,2	1,05	4	5	77,4
Q2.6	4,5	0,74	5	5	90,5	3,3	1,42	3	5	47,6
Q2.7	4,3	0,84	5	5	84,5	2,9	1,50	3	1	36,9
Q2.8	4,1	1,07	5	5	74,1	4,0	1,25	4	5	70,0
GLOBAL	4,4	0,52	5	5	83,9	3,2	0,87	3	3	49,3

Da análise do QUADRO 9 podemos observar que, relativamente à média, apenas a questão 2.1 (“Nome preferencial do utente”) tem uma média inferior a quatro, simultaneamente para a relevância e acessibilidade, sendo considerado dentro desta dimensão o item menos valorizado. A questão 2.8 (“ECL da morada preferencial do utente”) reúne apenas três dos quatro critérios de inclusão em relação à relevância, e em relação à acessibilidade, apenas dois, com dispersões superiores a 1 e Fa_{4,5} <75%, em ambas as dimensões.

Quanto aos restantes itens, podemos verificar que, em termos de relevância todos cumprem os critérios de inclusão pré-definidos para “muito relevante”. Já no que diz respeito à acessibilidade, nenhum dos itens cumpre com os critérios de acessibilidade. O GRÁFICO 1 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios de cada item desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 1: Comparação das médias dos itens da dimensão: Identificação e caracterização do utente



4.2.2.4.2. LITERACIA DO UTENTE

A dimensão “Literacia do utente” reúne dois itens que pretendem avaliar a “Capacidade do utente em compreender a linguagem escrita” e “Escolaridade do utente”. Em termos globais, esta dimensão não é considerada “muito relevante” (QUADRO 10), apresentando um score médio global de 4,0, uma mediana e moda de 4. Apresenta uma dispersão moderada (DP=0,81) e uma $Fa_{4,5}$ de 72,3%. Em relação à acessibilidade, a dimensão não reúne critérios como “muito acessível”, apresentando um score médio global, uma mediana e moda de 3, uma dispersão elevada (DP=1,04) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 37,6%.

QUADRO 10: Estatística descritiva da dimensão “Literacia do utente”

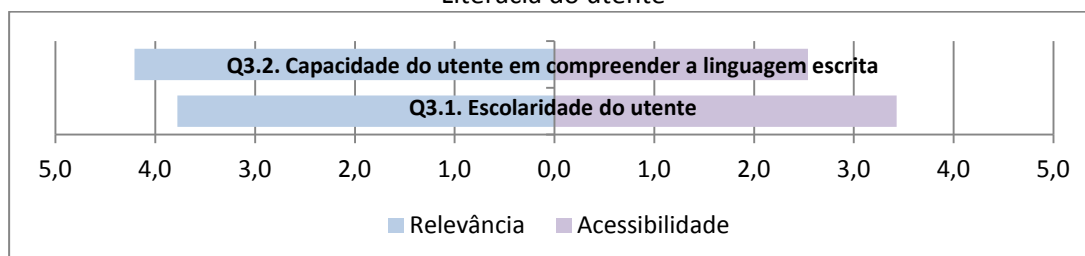
Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q3.1	3,8	1,01	4	4	50,0	3,4	1,29	3	3	50,0
Q3.2	4,2	0,88	4	5	80,9	2,5	1,29	2	1	25,3
GLOBAL	4,0	0,81	4	4	72,3	3,0	1,04	3	3	37,6

Pela observação do QUADRO 10 verificamos que, dos dois itens colocados, apenas o item Q3.2 (“Capacidade de compreensão da linguagem escrita do utente”) apresenta uma média superior a 4, com uma dispersão elevada (DP= 1,01) em relação à relevância.

No que diz respeito à acessibilidade, nenhum dos itens reúne critérios de “muito acessível”, verificando-se um desvio-padrão de 1,29, em ambos os casos.

Em relação ao item Q3.1 “Escolaridade do utente” é de notar, que apesar de ser de preenchimento obrigatório, não cumpre com nenhum dos critérios de relevância ou acessibilidade. O GRÁFICO 2 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios globais desta dimensão em relação á relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 2: Comparação das médias dos itens da dimensão:
Literacia do utente



4.2.2.4.3. CONDIÇÃO SOCIOECONÓMICA DO UTENTE

Na “Condição socioeconómica do utente” agregam-se dados referentes à profissão, recursos económicos e responsável pela gestão do património do utente. Globalmente, esta dimensão não é considerada como “muito relevante” (QUADRO 11), pois todas as medidas de tendência central apresentam um valor de 4, e a dispersão é moderada (DP=0,69), com uma $Fa_{4,5}=72,2\%$. Relativamente à acessibilidade a dimensão não reúne critérios como “muito acessível”, sendo que em termos globais apresenta uma média de 2,6, mediana e moda de 2 e um valor de $Fa_{4,5}$ de 26,9%.

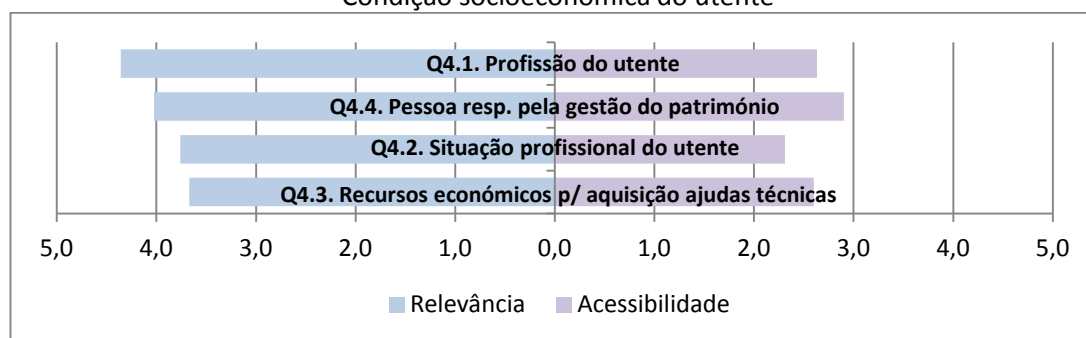
QUADRO 11: Estatística descritiva da dimensão “Condição socioeconómica do utente”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q4.1	3,7	0,97	4	4	63,1	2,6	1,17	3	3	21,5*
Q4.2	4,0	0,94	4	4	75,0	2,9	1,37	3	3 ^a	37,4
Q4.3	4,4	0,85	5	5	88,1	2,6	1,34	3	1	28,6
Q4.4	3,8	1,01	4	4	62,6	2,3	1,36	2	1	20,4
GLOBAL	4,0	0,69	4	4	72,2	2,6	1,06	2	2	26,9

* $Fa_{1,2}<75\%$

Pela análise do QUADRO 11 podemos verificar que os itens Q4.2 (“Situação profissional do utente”) e Q4.3 (“Recursos económicos para aquisição de ajudas técnicas”) são os únicos que apresentam médias superiores a 4, no entanto, só o item Q4.3 reúne todos os critérios como “muito relevante”. O item Q4.1 (“Profissão do utente”) é o menos valorizado em relação à sua relevância. Em relação à acessibilidade, o item que apresenta um valor médio mais baixo é o Q4.4 (“Pessoa responsável pela gestão do património”). O GRÁFICO 3 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão, em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 3: Comparação das médias dos itens da dimensão:
Condição socioeconómica do utente



4.2.2.4.4. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE INGRESSO DO UTENTE NA RNCCI

A dimensão “Motivo da solicitação de ingresso do utente na RNCCI” é constituída por uma questão única, a qual reúne todos os critérios (QUADRO 12) para ser considerada “muito relevante”. Apresenta ainda uma dispersão baixa ($DP=0,40$) e um valor de $Fa_{4,5}$ próximo do máximo (97,6%), quanto à relevância. Em termos de acessibilidade, a dimensão não pode ser classificada como “muito acessível” pois, apesar de apresentar uma moda de 5, os restantes critérios de acessibilidade não são cumpridos (Média=3,7; Mediana=4 e $Fa_{4,5}=64,2\%$). Em termos de acessibilidade, apresenta uma dispersão elevada ($DP=1,36$).

QUADRO 12: Estatística descritiva da dimensão
“Motivo da solicitação de ingresso do utente na RNCCI”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q5	4,9	0,40	5	5	97,6	3,7	1,36	4	5	64,2

4.2.2.4.5. CONTACTO PRIVILEGIADO DO UTENTE

A dimensão “Contacto privilegiado do utente” é constituída também por uma questão única, que reúne todos os critérios (QUADRO 13) como “muito relevante”, com uma média de 4,8, mediana e moda de 5, dispersão moderada ($DP=0,53$) e um valor de $Fa_{4,5}$ igual a 95,1%. Relativamente à acessibilidade, a dimensão reúne apenas dois dos quatro critérios (Média=4,1; Moda=5), pelo que não pode ser classificada como “muito acessível” (Mediana=4 e $Fa_{4,5}=72,0\%$). Apresente ainda uma dispersão elevada ($DP=1,15$).

QUADRO 13: Estatística descritiva da dimensão “Contacto privilegiado do utente”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q6	4,8	0,53	5	5	95,1	4,1	1,15	4	5	72,0

4.2.2.4.6. REDE DE SUPORTE DO UTENTE

Esta dimensão agrega itens que identificam e caracterizam a rede de suporte do utente referenciado para a ECCI. Em termos globais, a dimensão “Rede de suporte do

utente” não é considerada “muito relevante” (QUADRO 14), apresentando um score médio global de 4,1, uma mediana e uma moda de 4. Apresenta ainda uma dispersão moderada (DP=0,52) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 72,5%. No que se refere à acessibilidade, a dimensão não reúne critérios de inclusão como “muito acessível”, apresentando um score médio global de 2,5, uma mediana de 2 e moda de 3, uma dispersão moderada (DP=0,97) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 23,1%.

QUADRO 14: Estatística descritiva da dimensão “Rede de suporte do utente”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q7.1	4,1	0,86	4	4	79,8	3,0	1,25	3	3	31,8
Q7.2	3,9	0,93	4	4	69,1	2,6	1,30	3	3	22,8*
Q7.3	3,9	0,85	4	4	67,5	2,6	1,33	3	1	23,2*
Q7.4	4,1	0,89	4	4	77,4	3,1	1,30	3	4	42,2
Q7.5	3,1	1,06	3	3	32,1	2,4	1,16	3	3	17,1*
Q7.6	3,9	0,83	4	4	72,3	2,5	1,27	3	3	20,4*
Q7.7	4,2	0,95	4	5	84,3	2,3	1,30	2	1	19,5*
Q7.8	4,7	0,59	5	5	94,0	2,5	1,31	2	1 ¹¹	22,8*
Q7.9	4,8	0,49	5	5	96,4	2,6	1,34	2	1	28,9
Q7.10	4,0	0,92	4	5	66,7	1,9	1,26	1	1	13,4*
Q7.11	3,9	0,92	4	5	65,4	1,8	1,23	1	1	12,0*
GLOBAL	4,1	0,52	4	4	72,5	2,5	0,97	2	3	23,1*

* $Fa_{1,2} < 75\%$

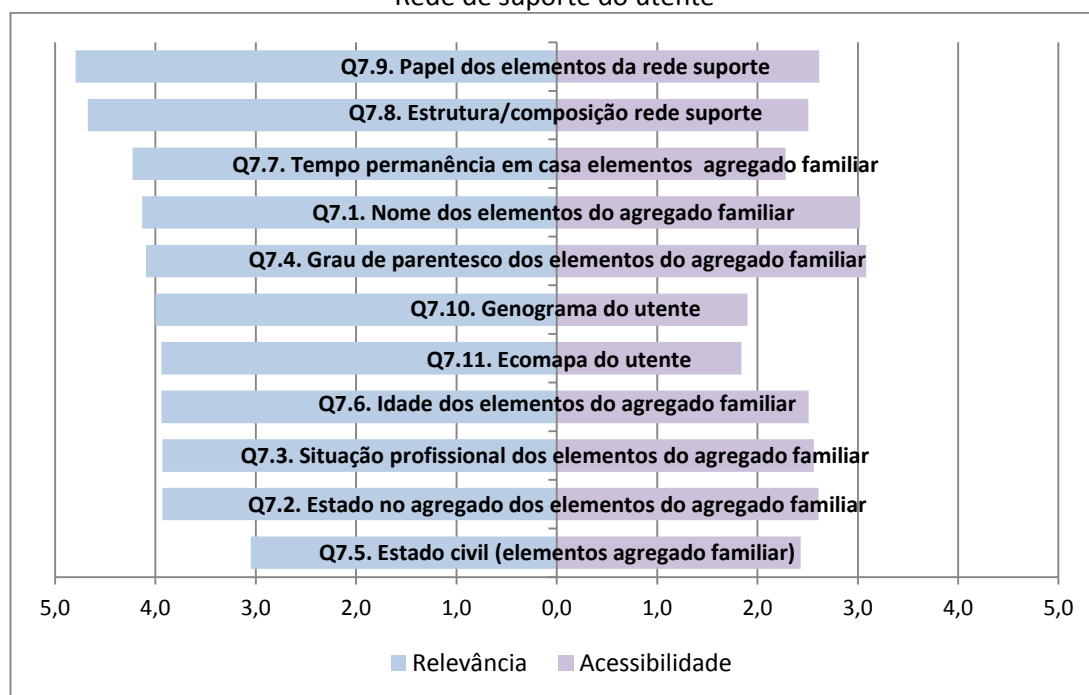
A análise do QUADRO 14 permite-nos verificar que de uma maneira geral, apesar de seis itens apresentarem médias iguais ou superiores a quatro, a maioria dos itens não reúne critérios para ser classificado como “muito relevante”. As únicas exceções são os itens Q7.8 (“Estrutura/composição da rede de suporte”) e Q7.9 (“Papel dos elementos da rede de suporte”). Apesar de reunir três dos critérios de relevância, o item Q7.7 (“Tempo de permanência em casa dos elementos do agregado familiar”) não pode classificar-se como “muito relevante” (Mediana=4). O item que apresenta score médio mais baixo é o Q7.5 (“Estado civil dos elementos do agregado familiar”).

Em relação à acessibilidade, com exceção dos itens Q7.10 (“Genograma do utente”) e Q7.11 (“Ecomapa do utente”) que reúnem três dos critérios e apresentam potencial para serem classificados como “pouco/nada acessível” ($Fa_{4,5}=13,4\%$ e $Fa_{4,5}=12,0\%$, respetivamente), todos os restantes itens carecem de critérios para serem classificados com “muito acessível” ou “pouco/nada acessível”.

O GRÁFICO 4 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

¹¹ Tratando-se de uma variável multimodal, consideramos sempre a moda mais baixa

GRÁFICO 4: Comparação das médias dos itens da dimensão:
Rede de suporte do utente



4.2.2.4.7. PRESTADORES DE CUIDADOS DO UTENTE

Esta dimensão agrega itens que identificam e caracterizam o(s) prestador(es) de cuidados do utente referenciado para a ECCI. Em termos globais, a dimensão “Prestadores de Cuidados do Utente” é considerada “muito relevante” (QUADRO 15), apresentando um score médio global de 4,7, uma mediana e uma moda de 5. Apresenta ainda uma dispersão baixa (DP=0,45) e um valor de $Fa_{4,5}$ de 94,5%. No que se refere à acessibilidade, a dimensão não reúne critérios de inclusão como “muito acessível”, apresentando um score médio global de 2,8, uma mediana e moda de 2, uma dispersão elevada (DP=1,13) e valor de $Fa_{4,5}$ de 34,7%.

QUADRO 15: Estatística descritiva da dimensão “Prestadores de cuidados do utente”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q8.1	4,9	0,44	5	5	96,4	3,4	1,33	3	5	49,4
Q8.2	4,7	0,62	5	5	94,1	2,4	1,47	2	1	27,8
Q8.3	4,8	0,54	5	5	93,9	2,4	1,37	2	1	22,0*
Q8.4	4,8	0,58	5	5	92,7	3,5	1,30	4	5	53,7
Q8.5	4,6	0,58	5	5	95,2	2,2	1,32	2	1	20,7*
GLOBAL	4,7	0,45	5	5	94,5	2,8	1,13	2	2	34,7

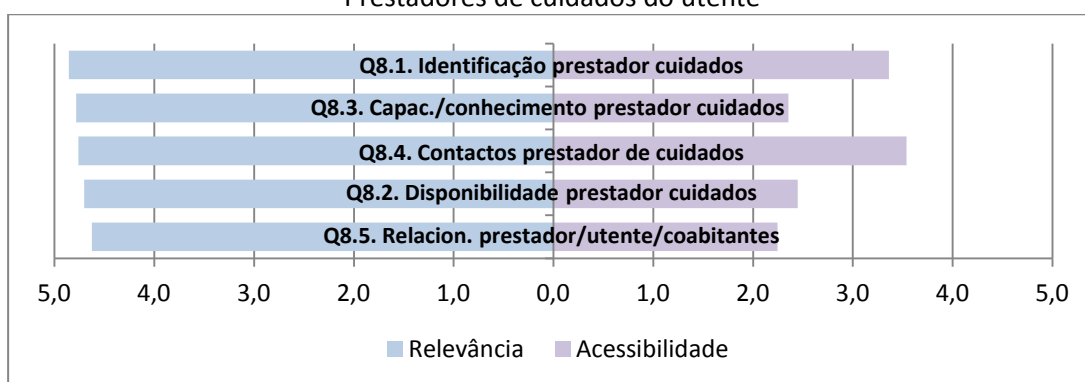
* $Fa_{1,2} < 75\%$

Ao observarmos o QUADRO 15 verificamos que em relação à relevância todas as medidas de tendência central apresentam valores elevados (todas as médias superiores a 4,6 e todas as medianas e modas com valor 5, sem exceção). Em relação ao grau de

concordância dos respondentes, verificamos que a quase totalidade classificou cada um dos itens com *scores* 4 ou 5 ($Fa_{4,5} \geq 92,70\%$). Em relação à dispersão, podemos notar que, todos os itens apresentam desvios-padrão iguais ou inferiores a 0,62, o que representa uma dispersão moderada.

No que se refere à acessibilidade, nenhum dos itens apresenta critério para classificar-se como “muito acessível”, apresentando dispersões elevadas ($DP \geq 1,30$) e frequências acumuladas, para os *scores* 4 e 5, baixas ($Fa_{4,5} \leq 53,70\%$). O GRÁFICO 5 permite-nos verificar visualizar a análise comparativa dos *scores* médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 5: Comparação das médias dos itens da dimensão:
Prestadores de cuidados do utente



4.2.2.4.8. CONDIÇÕES HABITACIONAIS DO UTENTE

Esta dimensão reúne os itens relativos à existência de barreiras arquitetónicas e às condições de luminosidade, arejamento e limpeza da habitação onde o utente vive. Globalmente apresenta critérios para ser classificada como “muito relevante”, com um *score* médio global de 4,7, mediana e moda de 5, dispersão moderada ($DP=0,52$) e um valor de $Fa_{4,5}$ igual a 95,8%. Apesar de considerada como “muito relevante”, não reúne critérios para ser considerada como “muito acessível” ou “pouco/nada acessível” pelos enfermeiros. Globalmente apresenta um *score* médio de 2,7, mediana de 2 e moda de 1, uma dispersão elevada ($DP=1,44$) e $Fa_{4,5}=33,9\%$.

QUADRO 16: Estatística descritiva da dimensão “Condições Habitacionais do utente”

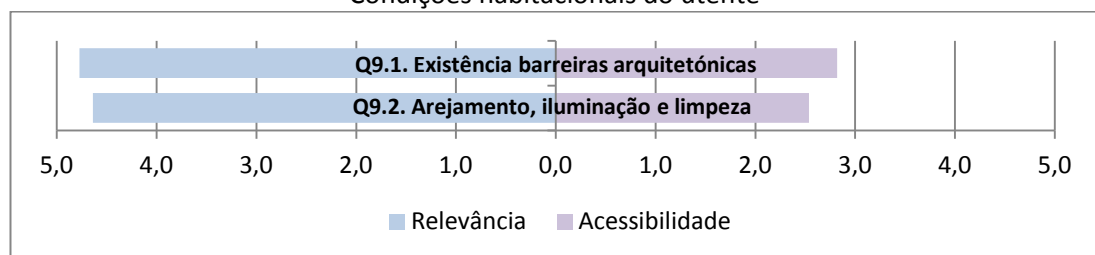
Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q9.1	4,8	0,52	5	5	97,7	2,8	1,52	3	1	37,4
Q9.2	4,6	0,60	5	5	94,0	2,5	1,48	2	1	30,5
GLOBAL	4,7	0,52	5	5	95,8	2,7	1,44	2	1	33,9

Observando os resultados das respostas nesta dimensão (QUADRO 16), podemos concluir que a quase totalidade dos respondentes considera os dois itens – Q9.1

(“Existência de barreiras arquitetônicas na habitação do utente”) e Q9.2 (“Arejamento, iluminação e limpeza da habitação”) – como “muito relevantes” ($Fa_{4,5} \geq 94\%$), com médias iguais ou superiores a 4,6 e medianas e modas de 5). Podemos também verificar uma dispersão “moderada” ($DP \leq 0,60$).

Já no que diz respeito à acessibilidade mantém-se a dispersão elevada ($DP \geq 1,48$) com médias inferiores a 3, medianas de 2 e 3 e moda de 1 para ambos os itens. O GRÁFICO 6 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 6: Comparação das médias dos itens da dimensão:
Condições habitacionais do utente



4.2.2.4.9. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA (IAI)

Esta dimensão agrega todas as componentes do Instrumento de Avaliação Integrado (IAI), conforme se encontra disponibilizado no GestCare® CCI, ao qual foi acrescentado um item (Q10.15 “Hobbies”) resultante das entrevistas realizadas no primeiro momento do estudo. Globalmente, o IAI reúne todos os critérios (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**) para ser considerado “muito relevante” (Mediana e Moda de 4), apesar de apresentar um score médio de 4,5 e um valor de $Fa_{4,5}$ de 88.4%. Globalmente a dimensão não pode considerar-se como “muito acessível” nem “pouco/nada acessível” por não apresentar nenhum dos critérios necessários (Média=3,9; Media e Moda de 4; $Fa_{4,5}=68,5\%$).

QUADRO 17: Estatística descritiva da dimensão “Instrumento de Avaliação Integrada”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q10.1	4,5	0,79	5	5	90,4	4,0	1,20	4	5	74,4
Q10.2	4,2	1,06	5	5	78,3	4,2	1,09	5	5	79,1
Q10.3	4,4	0,86	5	5	84,3	4,3	0,98	5	5	78,8
Q10.4	4,5	0,83	5	5	89,3	3,8	1,26	4	5	67,5
Q10.5	4,5	0,87	5	5	85,6	3,6	1,28	4	5	54,9
Q10.6	4,6	0,68	5	5	91,6	4,0	1,07	4	5	70,7
Q10.7	4,7	0,64	5	5	93,8	4,1	1,11	4	5	74,4
Q10.8	4,8	0,50	5	5	96,3	4,2	1,01	5	5	76,8
Q10.9	4,6	0,70	5	5	92,8	4,2	1,08	5	5	78,3
Q10.10	4,8	0,51	5	5	95,2	4,2	1,00	5	5	79,3
Q10.11	4,5	0,65	5	5	91,7	3,8	1,26	4	5	65,8
Q10.12	4,3	0,92	5	5	86,6	3,9	1,13	4	5	63,9
Q10.13	4,3	0,85	4	5	78,6	3,8	1,19	4	5	63,9
Q10.14	4,5	0,69	5	5	89,2	3,9	1,18	4	5	72,3
Q10.15	4,0	0,81	4	4	73,8	2,6	1,32	3	1	26,3
GLOBAL	4,5	0,52	5	5	88,4	3,9	0,77	4	4	68,5

Analisando o QUADRO 17, verificamos que todos os itens apresentam critérios de relevância, exceto o Q10.13 (“Hábitos de atividade física”) e Q10.15 (“hobbies”), os quais não reúnem os requisitos (Mediana=4; e Mediana=4; Moda=4; Fa_{4,5}=73,80%, respetivamente) para serem considerados “muito relevante”. Apesar deste facto, existe uma dispersão moderada nas respostas, na generalidade dos itens desta dimensão, variando o desvio-padrão das mesmas entre 0,50 (Q10.8 “Autonomia física”) e 1,06 (Q10.2 “Tipo de Avaliação”).

Relativamente à acessibilidade, 5 itens reúnem critérios como “muito acessíveis”:

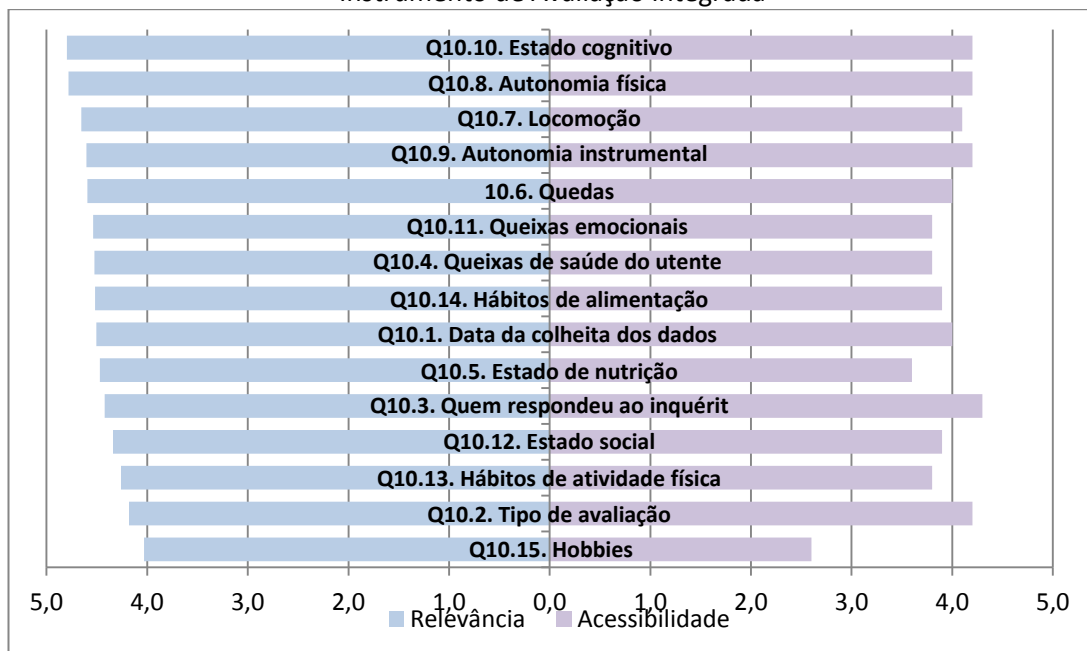
- Q10.2. Tipo de avaliação
- Q10.3. Quem respondeu ao inquérito
- Q10.8. Autonomia física
- Q10.9. Autonomia instrumental
- Q10.10. Estado cognitivo

Estes itens são simultaneamente “muito relevantes” e “muito acessíveis”. Todavia, em termos de dispersão, a generalidade das perguntas apresenta valores de desvio-padrão elevados, variando entre 0,98 (Q10.3 “Quem respondeu ao inquérito”) e 1,32 (Q10.15 “hobbies”), relativamente à acessibilidade.

Deve salientar-se o facto de o item Q10.15 (“hobbies”) não estar incluído no IAI, no GestCare® CCI®, o que poderá explicar o baixo valor da Fa_{4,5} (26,30%) e a elevada dispersão (DP=1,32) nas respostas relativas à acessibilidade e mesmo em relação à relevância (Fa_{4,5}=73,80%), em contraponto com os restantes. O GRÁFICO 67 permite-nos verificar

visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 7: Comparação das médias dos itens da dimensão:
Instrumento de Avaliação Integrada



4.2.2.4.10. INFORMAÇÃO DE REFERENCIAÇÃO PRODUZIDA PELO ENFERMEIRO

Esta dimensão agrega todos os itens relativos à informação de referenciação produzida pelo enfermeiro, que se encontram associados no GestCare® CCI a esta dimensão de informação. Em termos globais (QUADRO 18), a dimensão considera-se como “muito relevante”, pois reúne todos os requisitos (Média=4,6; Mediana e Moda=5 e $Fa_{4,5}=91,7\%$). Globalmente apresenta uma dispersão baixa ($DP=0,48$). Relativamente à acessibilidade apresenta um score médio global de 3,3, uma mediana de 3, apresentando-se como uma variável multimodal, sendo a moda mais baixa 2, e um valor de $Fa_{4,5}$ de 48,6%. A dispersão é moderada ($DP=0,87$).

QUADRO 18: Estatística descritiva da dimensão
 “Informação de referência produzida pelo enfermeiro”

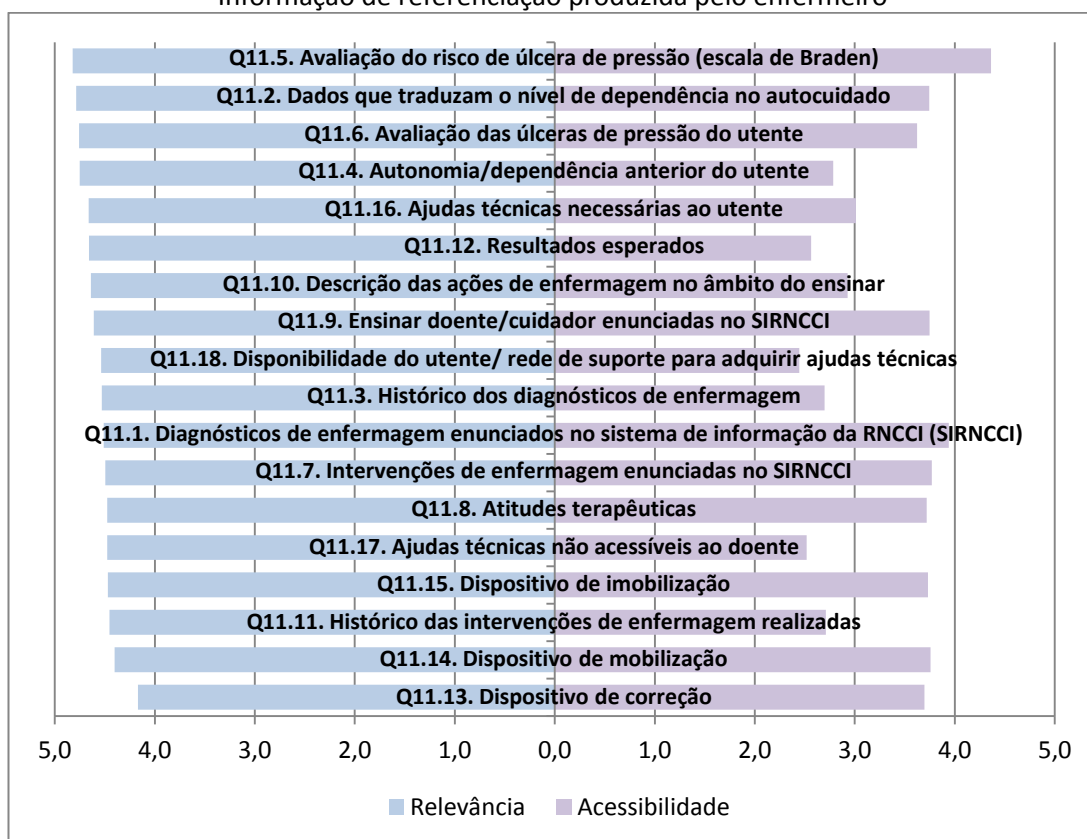
Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q11.1	4,5	0,74	5	5	88,1	3,9	1,13	4	5	65,9
Q11.2	4,8	0,49	5	5	96,4	3,7	1,23	4	5	57,3
Q11.3	4,5	0,74	5	5	88,0	2,7	1,42	3	1	32,6
Q11.4	4,8	0,54	5	5	95,3	2,8	1,41	3	2	30,1
Q11.5	4,8	0,47	5	5	96,4	4,4	0,58	5	5	82,0
Q11.6	4,8	0,58	5	5	95,2	3,6	1,42	4	5	56,1
Q11.7	4,5	0,82	5	5	88,0	3,8	1,28	4	5	63,9
Q11.8	4,5	0,77	5	5	88,1	3,7	1,24	4	5	59,8
Q11.9	4,6	0,60	5	5	93,9	3,7	1,20	4	5	60,2
Q11.10	4,6	0,64	5	5	94,0	2,9	1,36	3	2 ¹²	32,6
Q11.11	4,5	0,75	5	5	86,9	2,7	1,37	3	1	30,2
Q11.12	4,7	0,61	5	5	92,7	2,6	1,40	2	1	26,3
Q11.13	4,2	0,90	4	5	79,5	3,7	1,21	4	5	62,2
Q11.14	4,4	0,83	5	5	85,3	3,8	1,18	4	5	63,4
Q11.15	4,5	0,83	5	5	86,8	3,7	1,14	4	5	59,7
Q11.16	4,7	0,55	5	5	96,4	3,0	1,37	3	3	40,3
Q11.17	4,5	0,77	5	5	91,5	2,5	1,38	2	1	26,5
Q11.18	4,5	0,67	5	5	92,9	2,4	1,33	2	1	22,9*
GLOBAL	4,6	0,48	5	5	91,7	3,3	0,87	3	2¹²	48,6

* Fa_{1,2}<75%

Em relação à relevância, apenas um dos 18 itens (Q11.13 “Dispositivo de correção”) não pode ser considerado “muito relevante”. Em termos de média e frequência acumulada, o item com valores mais elevados é o Q11.5 (“Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden)”), o qual é simultaneamente “muito relevante” e “muito acessível”. A totalidade dos restantes itens apresenta critérios para que sejam considerados “muito relevantes”. Já no que diz respeito à acessibilidade, apenas um item (Q11.5 “Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de Braden)”) é classificado como “muito acessível”. Todos os demais não reúnem critérios como “muito acessível” ou “pouco/nada acessível”. O GRÁFICO 8 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

¹² Tratando-se de uma variável multimodal, consideramos sempre a moda mais baixa

GRÁFICO 8: Comparação das médias dos itens da dimensão Informação de referência produzida pelo enfermeiro



4.2.2.4.11. INFORMAÇÃO DE REFERENCIAÇÃO PRODUZIDA PELO MÉDICO

Esta dimensão reúne todos os itens de informação de referência produzida pelo médico, independentemente do módulo onde é registada no GestCare® CCI. Globalmente, a totalidade dos itens apresenta média igual ou superior a 4 (QUADRO 19); pode ser classificada como “muito relevante”, uma vez que reúne a totalidade dos critérios. Apresenta uma dispersão baixa ($DP=0,49$). Em relação à acessibilidade, a dimensão não pode classificar-se como “muito acessível” ou “pouco/nada acessível”. O score médio é 3,3, com uma mediana de 3 e, tal como a dimensão anterior, também esta é uma variável multimodal, sendo a moda mais baixa 2. Apresenta um desvio-padrão global de 0,81 e uma frequência acumulada dos scores 4 e 5 de 44,1%.

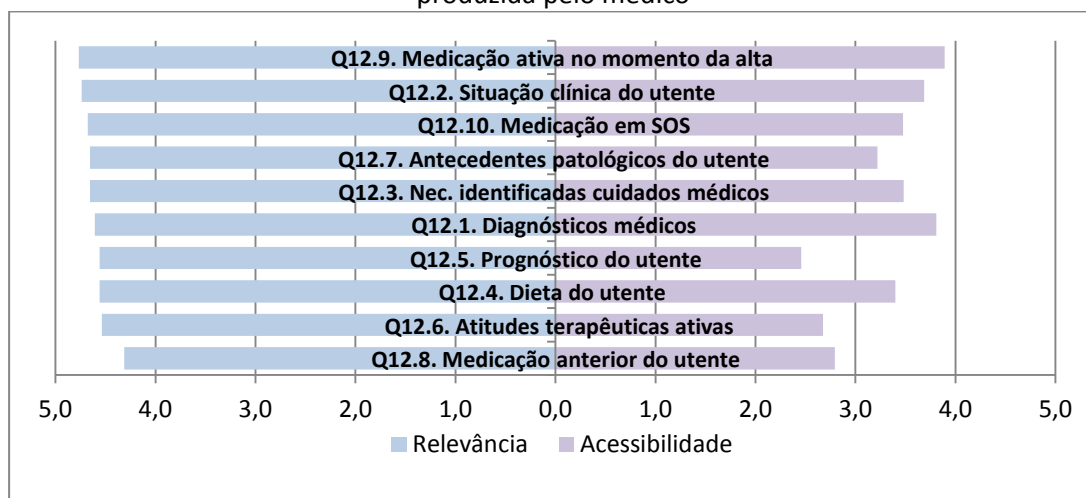
QUADRO 19: Estatística descritiva da dimensão
“Informação de referência produzida pelo médico”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q12.1	4,6	0,66	5	5	92,8	3,8	1,20	4	5	65,1
Q12.2	4,7	0,58	5	5	95,3	3,7	1,20	4	5	56,6
Q12.3	4,7	0,65	5	5	92,8	3,5	1,17	3	3	48,2
Q12.4	4,6	0,65	5	5	94,1	3,4	1,23	3	3	45,8
Q12.5	4,6	0,68	5	5	91,7	2,5	1,24	2	2	19,2*
Q12.6	4,5	0,67	5	5	92,9	2,7	1,36	3	1 ¹³	26,5
Q12.7	4,7	0,59	5	5	94,0	3,2	1,25	3	3	37,9
Q12.8	4,3	0,97	5	5	83,1	2,8	1,17	3	3	25,7
Q12.9	4,8	0,50	5	5	96,4	3,9	1,03	4	4	67,0
Q12.10	4,7	0,71	5	5	94,1	3,5	1,22	3	3	48,8
GLOBAL	4,6	0,49	5	5	92,8	3,3	0,81	3	2¹³	44,1

* Fa_{1,2}<75%

Pela análise do QUADRO 19, podemos concluir que a totalidade dos itens reúne critérios de inclusão como “muito relevante”. A generalidade dos itens alcança Fa_{4,5}≥90,0%, excetuando-se o item Q12.8 (“Medicação anterior do utente”) que, apesar de tudo, apresenta Fa_{4,5}=83,10%. Observa-se ainda que existe uma dispersão moderada (desvios-padrão entre 0,50 e 0,97) nas respostas a todos os itens. Relativamente à acessibilidade, nenhum dos itens reúne critérios de inclusão como “muito” ou “pouco/nada acessível”, apresentando todos eles médias inferiores a quatro, apesar de algumas apresentarem medianas e modas de quatro e cinco. Mais uma vez se nota uma elevada dispersão, que varia entre 1,03 e 1,36. Em termos de frequência acumulada, nenhum dos itens ultrapassa os 67,0%. O GRÁFICO 9 permite-nos visualizar a análise comparativa dos scores médios dos itens desta dimensão em relação à relevância e acessibilidade dos dados/informação.

GRÁFICO 9: Comparação das médias dos itens da dimensão Informação de referência produzida pelo médico



¹³ Tratando-se de uma variável multimodal, consideramos sempre a moda mais baixa

4.2.2.4.12. INFORMAÇÃO RELATIVA À AVALIAÇÃO PRODUZIDA PELO TSSS

Esta dimensão é constituída por um único item, referente a toda a informação relativa à avaliação produzida pelo Técnico Superior do Serviço Social. Globalmente é considerada como “muito relevante”, apresentando uma dispersão moderada (DP=0,71). Em termos de acessibilidade, apresenta um desvio-padrão de 1,06, uma mediana de 4 e um valor de $Fa_{4,5}$ de 73,5%, o que não permite classificar esta dimensão como “muito acessível”, apesar de apresentar uma média de 4,0 e moda de 5.

QUADRO 20: Estatística descritiva da dimensão
“Informação relativa à avaliação produzida pelo TSSS”

Itens	Relevância					Acessibilidade				
	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$	Média	DP	Mediana	Moda	$Fa_{4,5}$
Q13	4,6	0,71	5	5	95,2	4,0	1,06	4	5	73,5

4.2.3. Relevância e acessibilidade das principais dimensões de informação

Depois de apresentados os resultados de cada dimensão que integram o questionário (Anexo VII) relativos à relevância dos dados/informação documentada no SIRONCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base o score médio global de relevância e acessibilidade, o QUADRO 21, apresenta uma síntese da avaliação global das respetivas dimensões.

QUADRO 21: Estatística descritiva das dimensões dos dados/informação, por ordem decrescente de relevância

Dimensões dos dados/informação	Relevância					Acessibilidade				
	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Moda	Fa _{4,5}	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Moda	Fa _{4,5}
Motivo de solicitação de ingresso na RNCCI	4,9	0,40	5	5	97,6	3,7	1,36	4	5	64,2
Contacto privilegiado	4,8	0,53	5	5	95,1	4,1	1,15	4	5	72,0
Condições habitacionais	4,7	0,52	5	5	95,8	2,7	1,44	2	1	33,9
Prestador(es) de cuidados	4,7	0,45	5	5	94,5	2,8	1,13	2	2	34,7
Informação produzida pelo TSSS	4,6	0,71	5	5	95,2	4,0	1,06	4	5	73,5
Informação produzida pelo médico	4,6	0,49	5	5	92,8	3,3	0,81	3	2 ¹⁴	44,1
Informação produzida pelo enfermeiro	4,6	0,48	5	5	91,7	3,3	0,87	3	2 ¹⁴	48,6
Instrumento de Avaliação Integrada (IAI)	4,5	0,52	5	5	88,4	3,9	0,77	4	4	68,5
Identificação e Caracterização	4,4	0,52	5	5	83,9	3,2	0,87	3	3	49,3
Rede de suporte	4,1	0,52	4	4	72,5	2,5	0,97	2	3	23,1*
Literacia	4,0	0,81	4	4	72,3	3,0	1,04	3	3	37,6
Condição socioeconómica	4,0	0,69	4	4	72,2	2,6	1,06	2	2	26,9

* Fa_{1,2}<75%

A análise do QUADRO 21 permite-nos verificar que, numa avaliação por dimensões, as que reúnem todos os requisitos para serem consideradas '**muito relevantes**' são (por ordem decrescente):

1. Motivo de solicitação de ingresso na RNCCI
2. Contacto privilegiado do utente
3. Condições habitacionais do utente
4. Prestador(es) de cuidados do utente
5. Informação de referência produzida pelo TSSS
6. Informação de referência produzida pelo médico
7. Informação de referência produzida pelo enfermeiro
8. Instrumento de Avaliação Integrada
9. Identificação e Caracterização

¹⁴ Tratando-se de uma variável multimodal, consideramos sempre a moda mais baixa

Quanto à acessibilidade dos dados/informação por dimensão, o QUADRO 21 permite-nos verificar que nenhuma reúne todos os requisitos para ser considerada ‘ **muito acessível**’. Contudo, as mais acessíveis (com um score médio global superior a 4 e uma mediana de 5) são (por ordem decrescente):

1. Contacto privilegiado do utente
2. Informação produzida pelo TSSS

Tendo por base os dados relativos às dimensões menos acessíveis, o QUADRO 22 permite-nos verificar que as dimensões menos acessíveis (com scores médios globais inferiores a 3 e $Fa_{4,5} < 40,0\%$) são:

3. Rede de suporte
4. Condição socioeconómica
5. Condição habitacionais
6. Prestador(es) de cuidados

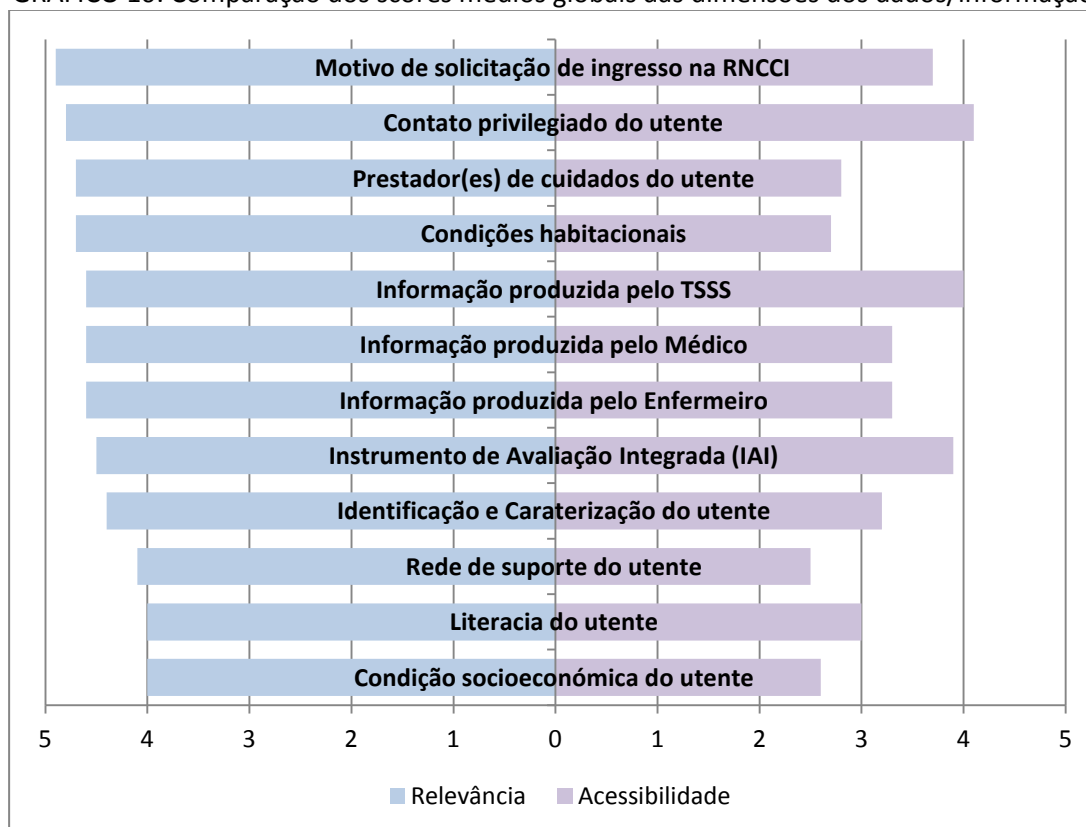
QUADRO 22: Estatística descritiva das dimensões dos dados/informação menos acessíveis (por ordem crescente)

Dimensões dos dados/informação	Acessibilidade				
	\bar{x}	DP	\tilde{x}	Moda	$Fa_{4,5}$
Rede de suporte	2,5	0,97	2	3	23,1*
Condição socioeconómica	2,6	1,06	2	2	26,9
Condições habitacionais	2,7	1,44	2	1	33,9
Prestador(es) de cuidados	2,8	1,13	2	2	34,7

* $Fa_{1,2} < 75\%$

O GRÁFICO 10 permite-nos proceder à análise comparativa da relevância/acessibilidade dos dados/informação dos scores médios globais das dimensões documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem. Como se pode verificar todas as dimensões apresentam média igual ou superior a quatro, relativamente à relevância. No entanto, no âmbito da acessibilidade, apenas as dimensões “Contacto privilegiado do utente” e “Informação produzida pelo TSSS” apresentam estes valores. Relativamente às restantes dimensões verificamos que elas se comportam do ponto de vista comparativo como mais relevantes e menos acessíveis, sendo esta disparidade mais evidente nas dimensões “**Prestador(es) de cuidados do utente**” e “**Condições habitacionais**”.

GRÁFICO 10: Comparação dos scores médios globais das dimensões dos dados/informação



4.2.4. Análise da relação entre e a opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância e acessibilidade das dimensões de informação e as variáveis em estudo: sexo, categoria profissional do enfermeiro, idade, tempo de exercício profissional e tempo exercício profissional na ECL e na ECCI

Recorremos ao teste de U-Mann-Whitney (U) para o estudo da relação entre a opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância e acessibilidade das dimensões dos dados/informação de referência, documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem e as variáveis: sexo e categoria profissional do enfermeiro, que nos permitiu constatar a existência unicamente de diferenças com significativo para as seguintes variáveis (Anexo IX e Anexo X):

- Os enfermeiros do sexo masculino consideram os dados/informação de referência, documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem relativos à dimensão “Motivo da solicitação de ingresso do utente na RNCCI” mais acessíveis (U=411.0; p=0,023; n=81);
- Os enfermeiros do sexo feminino consideram os dados/informação de referência, documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem relativos à dimensão “Condições

habitacionais do utente” mais relevantes ($U=483.50$; $p=0,026$; $n=84$). Este poderá ser explicado por aspetos culturais relacionados com o papel tradicional da mulher no cuidado da casa e na criação de condições adequadas para o bem-estar dos seus coabitantes, o que poderá influenciar a forma como os enfermeiros do sexo feminino priorizam a informação que consideram relevante.

No estudo das medidas de associação entre as variáveis de atributo dos enfermeiros (idade, tempo de exercício profissional e tempo exercício profissional na ECL e na ECCI) e a opinião dos enfermeiros sobre o nível de relevância e acessibilidade das dimensões dos dados/informação de referência, documentada no SIRNCCI (GestCare® CCI) para efeitos de continuidade dos cuidados de enfermagem, utilizamos a correlação de postos de Spearman, que nos permitiu constatar a existência unicamente de correlações com significado estatístico para as seguintes variáveis (Anexo XI):

- Observa-se uma correlação positiva fraca entre o tempo de exercício profissional na ECCI e o nível de relevância atribuído à dimensão “Literacia” ($r_{s76}=0,254$; $p=0,027$), ou seja, os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional há mais tempo na ECCI tendem a atribuir níveis mais elevados de relevância à informação associada à “literacia do utente”;
- Observa-se uma correlação positiva fraca entre o tempo de exercício profissional na ECCI e o nível de relevância atribuído à dimensão “Prestadores de cuidados do utente” ($r_{s76}=0,291$; $p=0,011$), ou seja, os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional há mais tempo na ECCI tendem a atribuir níveis mais elevados de relevância à informação associada aos “Prestadores de cuidados do utente”.

A existência de correlação positiva fraca entre o tempo de exercício profissional na ECCI e o nível de relevância atribuído às dimensões “Literacia” e “Prestadores de cuidados do utente” poderá estar relacionada com as necessidades de cuidados identificadas e a dificuldade que poderá existir em assegurar esses cuidados. Por outro lado, à medida que o tempo de exercício nas ECCI aumenta, aumenta também a experiência profissional (*expertise*) nesta área e os enfermeiros tendem a concentrar mais a sua atenção nos objetivos centrais dos cuidados associados à referência para as ECCI. A exigência em termos de rigor e especificidade da informação torna-se mais acentuada.

5. DISCUSSÃO

O percurso de investigação que seguimos permitiu-nos identificar que dados/informação de referência, documentada nos SI da RNCCI relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem nas ECCL, no momento da referência.

O “**motivo de solicitação de ingresso na RNCCI**” é o item que reúne mais consenso para “muito relevante”, dado que através deste dado o enfermeiro associa a referência com o objetivo central dos cuidados para aquela situação específica, orienta o enfermeiro para os focos de atenção mais relevantes e permite-lhe gerir melhor os recursos da equipa. É também um item indispensável para a verificação do cumprimento dos critérios de referência para as ECCL, permitindo confrontar posteriormente, esta informação com a avaliação do utente *in loco* e assim aferir a validade da referência para esta tipologia. Apesar da sua relevância, esta categoria não reuniu os critérios para ser considerada “muito acessível”, mesmo sendo um item de preenchimento obrigatório, o que poderá revelar que a informação disponível sobre o motivo de referência não é clara ou suficiente para os enfermeiros das ECCL, no momento da referência.

Outro item que reúne um consenso alargado como “muito relevante” é o “**Contacto privilegiado do utente**”, uma vez que os utentes das ECCL são “*peças em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença*”(PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006, p. 3862) que nem sempre estão capazes de comunicar ou de gerir os cuidados que necessitam. Nesse caso, sempre que possível, deverá ser o utente a indicar a pessoa em quem ele deseja delegar esse papel. Para o enfermeiro das ECCL, essa pessoa é o principal elo de ligação com o utente e a primeira a contactar para programação da visita. Apesar de “muito relevante”, para os enfermeiros das ECCL, não foi considerado como “muito acessível” (embora seja a categoria que apresenta *score* médio global mais elevado de acessibilidade de entre as “muito relevantes”), notando-se uma dispersão elevada, o que poderá indicar algumas ‘falhas’ no fornecimento desta informação.

Os itens relacionados com as “**Condições habitacionais**” do utente foram também considerados “muito relevantes”, nomeadamente os relacionados com a existência de barreiras arquitetónicas, arejamento, iluminação e limpeza da habitação. Sendo a RNCCI direcionada a doentes dependentes e seus familiares/cuidadores, e prestando também serviços no âmbito da reabilitação/fisioterapia estes aspetos podem interferir com a

própria intervenção das ECCI. Fruto do seu *deficit* de autonomia, muitos utentes necessitam de auxiliares de marcha e/ou cadeiras de rodas que necessitam espaços em que as barreiras arquitetónicas sejam eliminadas ao máximo. O espaço físico, em termos de área, é outra das condicionantes para a prestação de cuidados. Muitos dos utentes das ECCI são dependentes no autocuidado e permanecem longos períodos no leito, o que implica que necessitem de áreas maiores que permitam ao cuidador deslocar-se com facilidade em redor do leito. Em muitas zonas existem habitações já antigas, sem as áreas necessárias que aumentam as dificuldades na prestação de cuidados e obrigam à reorganização de todos os espaços da habitação. A relevância dada às “Condições habitacionais” está também em harmonia com a legislação da RNCCI (Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho) que aponta como um dos objetivos específicos da rede: “A **manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;**”. A RNCCI prevê, para os casos em que os utentes “*não reúnam condições para serem cuidados no domicílio*” outras respostas, pelo que os enfermeiros, enquanto cuidadores formais, assumem também como seu dever acautelar estes aspetos (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006, *passim*). No que diz respeito à acessibilidade estes itens são os que apresentam o *score* médio global mais baixo entre as categorias de informação classificadas como “muito relevantes”. Tal facto pode traduzir a inexistência/insuficiência da informação sentida como “muito relevante”.

De entre os itens “muito relevantes”, o “**Prestador de Cuidados**” é o terceiro item mais valorizado, pelos enfermeiros das ECCI. Como já referido anteriormente entre outros motivos de referência para ECCI estão o “*apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados*” e a “*Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores*” (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2006, p. 3862; PORTUGAL. Ministério da Saúde; MCSP, 2007, p. 13-14). As situações de dependência elevada, por parte dos utentes da RNCCI, surgem como motor para a necessidade de identificação de um prestador de cuidados que assegure as necessidades do utente. Nesse sentido, é compreensível que este item/informação seja bastante valorizado pelos enfermeiros das ECCI que além da identificação do(s) prestador(es) de cuidados, valorizam também o conhecimento sobre os contactos do(s) mesmo(s), bem como o tipo de relacionamento que mantém com o utente e família e ainda os conhecimentos/capacidades para as prestação dos cuidados ao utente. Apesar de ser considerada uma categoria “muito relevante”, os enfermeiros atribuem-lhe níveis de acessibilidade muito baixa, sendo, no entanto, considerada como “pouco/nada acessível”.

Das entrevistas realizadas no primeiro momento, surgiram algumas pistas para a compreensão deste fenómeno. Os informantes-chave referiram que a avaliação que é feita é insuficiente e que deveria existir um campo específico para a avaliação do prestador de cuidados. No contexto da prática verifica-se que a avaliação do prestador é, na maior parte das vezes feita por outros profissionais), no entanto são os enfermeiros que vão, eventualmente, delegar-lhe funções. Isto faz com que muitas vezes a informação recolhida não corresponda à informação necessária.

Quem angaria e produz dados/informação sobre a rede de suporte do utente, sobre o contacto privilegiado e sobre o agregado familiar são, na maior parte das vezes os Técnicos Superiores do Serviço Social (TSSS). No âmbito deste trabalho de investigação, surge como “muito relevante” a “**informação produzida pelo TSSS**”. Como se pode verificar quer pelos resultados do primeiro momento, quer pelos do segundo momento, estes aspetos são bastante valorizados pelos enfermeiros das ECCI. Em termos de acessibilidade, estes dados apresentam o segundo *score* médio global mais elevado e o que reúne maior consenso de entre as categorias “muito relevantes”, não reunindo contudo critérios para ser considerado “muito acessível”. Tal pode dever-se ao facto de, grande parte da informação que é relevante para os enfermeiros, não ser produzida por enfermeiros, carecendo portanto, de detalhes específicos mais valorizados pela prática de enfermagem.

A “**informação produzida pelo médico**” é uma categoria classificada como “muito relevante” e compreende dados como os diagnósticos médicos, a situação clínica do utente, as necessidades identificadas de cuidados médicos, a dieta do utente, o prognóstico do utente, as atitudes terapêuticas ativas os antecedentes patológicos do utente e a medicação (anterior, ativa no momento da alta e em SOS). Este dado está em harmonia com estudos anteriores (SILVA, 2001; SOUSA, 2006), com base nos quais a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 2) afirma “*Na prática clínica do enfermeiro podem distinguir-se dois domínios de intervenções: as intervenções iniciadas pela prescrição médica e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro*”. Não admira, portanto, que lhe seja atribuída uma relevância elevada. No entanto, uma vez mais, em relação à acessibilidade esta informação é classificada com valores abaixo dos considerados “muito acessíveis”, o que pode ser indicador de que a informação disponibilizada não responde inteiramente às necessidades de informação de referência de produção médica, sentidas pelos enfermeiros das ECCI.

No mesmo nível de relevância encontramos a “**informação produzida pelo enfermeiro**”, a qual compreende as atividades de avaliação diagnóstica (avaliação do risco de úlcera de pressão, avaliação das úlceras de pressão, dados que traduzam o nível de dependência no autocuidado e autonomia/dependência anterior do utente), os

diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem (incluindo as resultantes das atitudes terapêuticas). Fazem ainda parte desta categoria dados relacionados com a necessidade/acessibilidade e disponibilidade para adquirir ajudas técnicas, bem como dispositivos de correção, mobilização/imobilização. À partida, seria de esperar que esta categoria fosse considerada “muito relevante”, o que se confirma. No entanto, em termos de acessibilidade, embora em nível ligeiramente superior, por exemplo, à “informação de produção médica”, não reúne critérios para ser considerada “muito acessível”. Este dado poderá estar relacionado com o facto do formato escolhido para apresentação e preenchimento da “informação de produção de enfermagem” no GestCare® CCI ser lacunar, consistindo num campo aberto para preenchimento livre e vários campos que o enfermeiro pode preencher com uma cruz, para assinalar a existência/inexistência, de ensinos, dispositivos, ajudas técnicas, etc. Este tipo de apresentação coloca dificuldades no preenchimento, por permitir, por vezes interpretações dúbias sobre as respostas escolhidas e, deixa a cada enfermeiro a decisão de incluir ou não dados de informação que, neste estudo se apresentam como “muito relevantes”, o que torna difícil o acesso à informação relevante.

O “**Instrumento de Avaliação Integrada**” (IAI) surge como uma das categorias de informação “muito relevante”. É composto por dados/informação sobre queixas de saúde e queixas emocionais do utente, estado de nutrição, quedas, locomoção, autonomia física e autonomia instrumental, estado cognitivo e estado social do utente, hábitos de atividade física e hábitos de alimentação. Além destes, inclui ainda dados de caracterização da avaliação como: data de colheita de dados, tipo de avaliação e o responsável pelo preenchimento do inquérito. Por considerarmos que, no âmbito das categorias do questionário, este seria o local mais adequado, colocamos também nesta categoria um enunciado sobre “*hobbies*” do utente (que surgiu durante o primeiro momento desta investigação) que, na opinião dos enfermeiros não foi um item considerado “muito relevante”. Este facto pode estar relacionado com o tipo de dependência dos utentes referenciados para as ECCI. Segundo o Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da RNCCI (PORTUGAL. UMCCI, 2012), 100% dos utentes referenciados para as ECCI têm dependência nas atividades de vida diária (AVD). Talvez por isso seja priorizada a intervenção na reacquirição de autonomia nas AVD e os *hobbies* possam vir a ser considerados num plano posterior de intervenção. O IAI é de preenchimento obrigatório nas avaliações periódicas ao utente pelas Unidades Prestadoras da RNCCI. Assim sendo, seria de esperar que a acessibilidade da informação relativa a este ponto fosse elevada. Tal não veio a confirmar-se, apesar de apresentar o terceiro *score* médio global mais elevado

(em termos de acessibilidade) das categorias “muito relevantes”. Este contexto pode estar relacionado com o facto de, a maior parte das respostas às questões do IAI estarem limitadas a três ou quatro opções, nem sempre bem compreendidas pelos respondentes, e como tal, não apresentando para os enfermeiros das ECCI as respostas que eles esperariam àquelas perguntas. Aquando da realização das entrevistas foi referido por alguns informantes-chave o facto de algumas dessas respostas serem ambíguas e permitirem mais do que uma interpretação, e outras implicarem respostas múltiplas (queixas de saúde ou queixas emocionais) o que não é permitido por esse instrumento. Apesar disso, cinco dos itens que compõem esta categoria são considerados “muito acessíveis”, dois correspondem aos aspetos de caracterização da avaliação (“tipo de avaliação” e “quem respondeu ao inquérito”) e três relacionados com a avaliação do utente, correspondentes à avaliação da “autonomia física” (baseada no índice de Katz), da “autonomia instrumental” (baseada na escala de Lawton) e do “estado cognitivo”.

A “**Identificação e Caracterização**” do utente é outra das categorias classificada como “muito relevante” para os enfermeiros das ECCI. Compreende dados como: nome preferencial do utente, unidade de saúde em que o utente está inscrito, enfermeiro e médico de família do utente, morada(s) do utente (à data do internamento e à data de alta), número de internamentos anteriores e ECL da morada preferencial do utente (responsável pela apreciação e gestão do processo). Em termos de acessibilidade é a que apresenta o terceiro *score* médio global mais baixo, de entre as consideradas “muito relevantes”. Este dado pode estar relacionado com o facto de alguns dos itens que a compõem, frequentemente não estarem disponíveis no GestCare®CCI, nomeadamente, o “enfermeiro de família”, o “número de internamentos anteriores” e o “médico de família” os quais apresentam, respetivamente, o segundo, terceiro e quarto *scores* médios mais baixos da categoria em relação à acessibilidade.

Globalmente nota-se que existe uma grande quantidade de informação que é considerada como “muito relevante” pelos enfermeiros das ECCI, mas que tem problemas na acessibilidade. Este facto concorre para o aumento potencial do tempo de espera para acesso à informação relevante e, conseqüentemente, uma maior demora na disponibilização dos cuidados em tempo útil, com eventuais implicações na qualidade dos cuidados prestados. Pudemos ainda identificar, de entre os itens de informação considerados “muito relevantes”, apenas doze com *scores* médios de acessibilidade iguais ou superiores a 4. Uma das soluções para este *deficit* de acessibilidade poderia passar pela revisão dos campos que sustentam a informação no GestCare® CCI, proporcionando aos produtores de informação campos específicos relacionados com os dados de informação

relevante identificados, complementados com linhas orientadoras das necessidades de informação das equipas da rede, nomeadamente das ECCI. Outra alternativa passaria pela utilização de mecanismos de interoperabilidade entre os aplicativos em uso nas entidades integrantes da rede, que permitissem diminuir a necessidade de transcrever dados de uns aplicativos para os outros e, desta forma, diminuir o potencial de erro e a morosidade na transcrição.

Em relação aos repositórios da informação relevante, dos resultados que apresentamos, sobressaem o GestCare®CCI, quase sempre o primeiro repositório a ser consultado e o SAPE. Este, apesar de estar implementado num grande número de hospitais da Região de Saúde do Norte, e em todos os Centros de Saúde da ARS-N, não tem disponível a vertente de partilha de informação entre a versão hospitalar e a versão dos CSP (exceto na Unidade Local de Saúde de Matosinhos). Além disso, os hospitais que não utilizam o SAPE e as Unidades de Internamento da Rede que utilizam sistemas próprios ou concorrentes, não tem igualmente acesso à informação registada no SAPE, nem os seus sistemas permitem a consulta, por parte dos enfermeiros das ECCI. Por seu lado, o GestCare® CCI não tem qualquer mecanismo de interoperabilidade com o SAPE, o que inviabiliza o acesso à informação de referenciação relevante que não seja ali colocada diretamente. Estes factos concorrem para a necessidade que os enfermeiros das ECCI sentem (e referem) de recorrer a outros repositórios como, por exemplo, às cartas de alta (hospitalares e da RNCCI), à “rede de suporte” do utente, ao “serviço referenciador” (contacto telefónico ou eletrónico).

As cartas de alta são documentos multidisciplinares que procuram fazer um resumo do histórico do utente durante o internamento (hospitalar ou na RNCCI), complementando a informação existente no GestCare® CCI. Em plena fase de implementação da Plataforma de Dados da Saúde (PDS), é possibilitado aos utilizadores das aplicações SAM/SAPE, o acesso a dados/informação existente nos repositórios das instituições onde os utentes referenciados possam ter tido cuidados de saúde. No entanto, parece-nos um recurso ainda pouco utilizado e que necessita de um maior amadurecimento em termos de implementação. Já na fase final deste estudo foi publicado o Despacho nº 2784/2013, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2013) que procura regulamentar as notas de alta médica e de enfermagem e notas de transferência das unidades de cuidados intensivos (registo eletrónico), quanto à informação que nelas deve constar. Desta informação faz parte alguma da informação identificada neste estudo como “muito relevante” para os enfermeiros das ECCI. No entanto, apesar de nos parecer um documento importante, aplica-se apenas aos “serviços e estabelecimentos integrados

no Serviço Nacional de Saúde, deixando de fora as entidades da RNCCI que não integram o SNS. Além disso, sendo o GestCare® o sistema mais adequado para a referência (uma vez que é transversal a todas as estruturas da RNCCI), deveria ser este o repositório de toda a informação de referência, relativa aos utentes que ingressam na ECCL.

6. CONCLUSÕES

A necessidade de gerir grandes quantidades de informação e tornar mais rápidas e eficazes as respostas dos profissionais de saúde têm levado a uma, cada vez mais, intensa utilização dos sistemas de informação. Os enfermeiros recorrem cada vez mais, nos mais diversos contextos da sua vida profissional, aos SI para apoiarem e fundamentarem a sua tomada de decisão.

No seu dia-a-dia, os enfermeiros produzem, geram e partilham informação em cada vez maior quantidade (SILVA, 2001), sem que, no entanto, isso se traduza num aumento do potencial de utilização desses dados.

MARIN e colaboradores (2001, p. 4)., citada por (MOTA, 2010, p. 99) afirma que *“o fator chave para a deficiente utilização dos dados na geração de informação está na falta de mecanismos de transformação dos dados em informação que a tornem disponível em formatos que seja facilmente compreendida pelas pessoas certas, no momento certo.”*

Esta reflexão coloca a tónica na necessidade de estudar os SI e identificar as suas fragilidades e, ao mesmo tempo as soluções adequadas para que os utilizadores potenciem a utilização da informação por eles disponibilizada.

O contexto da RNCCI (com múltiplas instituições, múltiplos profissionais e diferentes respostas de cuidados em saúde) potencia a produção de informação excessiva e aumenta exponencialmente as trocas de informação entre os diferentes níveis da rede e suas estruturas. Por isso, surge então a necessidade de garantir a partilha de informação relevante, através dos canais adequados, otimizando o recurso aos SI e rentabilizando os restantes recursos.

Como já foi referido anteriormente, a não interoperabilidade dos diversos sistemas em uso é um impedimento para a partilha eficaz de informação (KUHN *et al.*, 2001, p. 1551), (ANA, 1994; 1995 a, b; DUDECK, 1998; GINNEKEN, 2002; LORENZI & RILEY, 2003) citados por SOUSA (2006, p. 52) e por MOTA (2010, p. 99).

KUHN e colaboradores (2001, *op. cit.*) referem que é necessário um esforço comum de todas as partes envolvidas, quer nos cuidados de saúde, quer nos processos de tecnologias da informação, para que os SI em saúde, sejam verdadeiramente eficazes.

Este foi o paradigma que nos levou a desenvolver o estudo aqui apresentado, por considerarmos que o conhecimento sobre a informação que é relevante para os

enfermeiros das ECCI, no momento da referenciação, é um fator fundamental de rentabilização dos recursos e de melhoria da prestação de cuidados aos utentes.

Este estudo realizou-se em dois momentos. No primeiro, de carácter qualitativo, utilizamos como estratégia o recurso a entrevistas dirigidas a informantes-chave. Daqui resultaram dados capazes de contribuir para a identificação de itens de dados/informação considerados como mais relevantes para os enfermeiros das ECCI, no momento da referenciação. Também no decurso momento, foram identificados problemas de acessibilidade à informação considerada relevante para os enfermeiros das ECCI. Estes resultados permitiram, conjuntamente com a análise dos sistemas de informação em uso na RNCCI e com o recurso à literatura, desenvolver um questionário. Este instrumento foi utilizado do no segundo momento do estudo, com o objetivo central de conhecer a relevância/acessibilidade da informação apresentada no SIRNCCI, no momento da admissão nas ECCI, para efeitos de continuidade de cuidados.

Estamos convictos que os procedimentos implementados e documentados neste relatório poderão contribuir para a replicação do estudo em outros contextos e em amostras mais alargadas. Pelo tipo de amostragem utilizada não podemos proceder à generalização dos resultados aqui apresentados. Entendemos, no entanto que estas limitações são próprias destes percursos, pelo que o relatório de investigação permitirá ao leitor enquadrar a leitura dos resultados.

Se avaliarmos o nível de participação e envolvimento dos enfermeiros das ECCI, no segundo momento (questionário aplicado em linha), podemos verificar que a taxa de retorno dos questionários se situou nos 59% (dos que se disponibilizam inicialmente para participar), valor considerado como “bom” (HILL *et al.*, 2002).

Do ponto de vista do desenho do estudo, a utilização de uma estratégia de abordagem mista (qualitativa/quantitativa) revelou-se eficaz, tendo demonstrado convergência de resultados, o que contribuiu para a elaboração de uma descrição mais consistente sobre a informação relevante.

A informação de referenciação é importante para a articulação entre as estruturas da rede e as ECCI. É ela que permite aos enfermeiros das ECCI ‘conhecer’ o utente, antes mesmo da primeira visita, podendo ser extremamente significativa para um planeamento de cuidados de enfermagem mais assertivo para cada situação.

A qualidade da informação gerada interfere na qualidade do sistema de informação e, direta ou indiretamente, na qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, é do interesse de todos os intervenientes que a informação seja precisa, concisa, objetiva e fiável. O nível de qualidade da informação disponibilizada depende do conhecimento que

cada elemento (no lado da produção da informação) tem sobre o que é relevante para os restantes elementos (no lado do consumo da informação). Por vezes, aquilo que os produtores de informação consideram relevante, nem sempre o é para aqueles que a consomem. Por este motivo é necessário ter respostas para a questão: *que dados/informação de referência, documentada nos SI da RNCCI relevam, na perspetiva dos enfermeiros, para efeitos da continuidade dos cuidados de enfermagem?*

O caminho de investigação que percorremos permitiu-nos encontrar respostas para esta questão, assumindo-se como um contributo para melhorar a partilha de informação relevante entre as estruturas da RNCCI e os enfermeiros das ECCI.

No final deste percurso somos capazes de identificar que, da informação de referência documentada nos SIRNCCI, para os enfermeiros das ECCI, existem dados/informação considerada como “muito relevante” que deverá ser disponibilizada no momento da referência do utente, e que esses dados/informação devem responder a diversas dimensões dos cuidados de enfermagem.

As ECCI são constituídas essencialmente por Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e Enfermeiros ‘generalistas’ ou de outras áreas de especialidade. Para as ECCI é de suma importância poderem organizar os seus recursos em função do “Motivo de solicitação de ingresso na RNCCI”.

Outro aspeto considerado como muito relevante, relaciona-se com o facto de o utente, admitido na ECCI, se encontrar num regime de “internamento domiciliário”, sem cuidados de enfermagem permanentes, ao contrário das restantes unidades da RNCCI. Por este motivo, todos os aspetos relacionados as “Condições habitacionais” e com a existência de alguém que possa desempenhar o papel de prestador de cuidados, seja ele um membro da família ou outro cuidador (“Prestador(es) de cuidados”), que responda às suas necessidades em cuidados são também considerados “muito relevantes”. A estas categorias de informação junta-se ainda o “Contacto privilegiado”, o qual se constitui (ou é constituído pelo utente) como interlocutor e, muitas vezes, *pivot* entre todos os cuidadores formais e informais do utente.

O trabalho dos enfermeiros, no atual modelo de prestação de cuidados (“Centros de Saúde de Terceira Geração”) e em particular na RNCCI, é complementado por outros profissionais (médicos, terapeutas, técnicos superiores do serviço social, etc.), o que requer partilha de informação e justifica a necessidade identificada de “Informação produzida pelo médico” e “Informação produzida pelo TSSS”. No primeiro caso, incluem-se, não só os diagnósticos médicos, os quais podem ter relação direta com a prestação de cuidados de enfermagem, mas também as atitudes terapêuticas (não apenas a sua

descrição, mas também as intercorrências relacionadas, e toda a informação complementar), as prescrições de medicamentos, o prognóstico, os antecedentes patológicos e a dieta.

No âmbito da “Informação produzida pelo enfermeiro” são inúmeros os aspetos relevantes, no entanto, sobressaem mais uma vez, os aspetos diretamente relacionados com o conforto e o bem-estar do utente e com as capacidade do(s) prestador(es) de cuidados para desempenhar(em) o seu papel. No âmbito das atividades de avaliação diagnóstica temos a “Avaliação do risco de úlcera de pressão (escala de Braden)”, os “Dados que traduzam o nível de dependência no autocuidado” e a “Avaliação das úlceras de pressão do utente”. No que diz respeito aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, a maior relevância recai sobre o domínio do “Autocuidado”, nos aspetos ligados à “Autonomia/dependência anterior do utente”. Os aspetos centrados na descrição das “Ajudas técnicas necessárias ao utente” são dados fundamentais na descrição da condição do utente, bem como para a definição das intervenções de enfermagem, enquanto intervenções do tipo de ação, nomeadamente do providenciar ou treinar. A “Disponibilidade do utente/rede de suporte para adquirir ajudas técnicas” é também outro dos itens de informação relevante.

Por motivos diretamente relacionados com o trabalho no dia-a-dia das ECCI, a “Identificação e Caracterização do utente” é também “muito relevante”, pois contém dados como a morada onde o utente vai residir durante o acompanhamento pela ECCI, a unidade de saúde, o médico e o enfermeiro de família onde o utente está inscrito.

Não menos relevante é o IAI (exceto a dimensão “hábitos de atividade física do utente”), o qual é de preenchimento obrigatório e serve como um dos indicadores de qualidade da RNCCI.

Do nosso estudo fica evidente que o GestCare® CCI contém, no momento da referência, uma grande quantidade de informação relevante e deve ser o principal repositório dessa informação. O SAPE é também mencionado como repositório de informação de referência relevante, mas não se posiciona como um repositório eficaz pelas limitações em termos de partilha de informação com os intervenientes da rede. No entanto, quer em relação ao GestCare® CCI, quer em relação ao SAPE, existem problemas na acessibilidade à informação relevante, relacionados com vários fatores: a “diluição da informação relevante” entre a informação partilhada; a existência de informação lacunar em relação, por exemplo, às atitudes terapêuticas e ensinamentos, e à clareza e objetividade da informação registada, por exemplo, no IAI.

De uma maneira geral, verifica-se a existência de um padrão de respostas sistematicamente mais baixas relativamente à acessibilidade, quando comparadas com os níveis de resposta para a relevância, o que demonstra a necessidade intervir no âmbito dos processos de referência e do próprio aplicativo GestCare® CCI, no sentido de melhorar a acessibilidade da informação relevante.

A utilização dos dados agora obtidos pode ser um contributo quer para a melhoria do SIRNCCI, quer para a qualidade dos cuidados prestados, através da produção de informação mais relevante, por parte daqueles que ‘alimentam’ o SIRNCCI com os dados relativos aos utentes.

Seria interessante replicar este estudo noutras Regiões de Saúde do país, ou até à escala nacional, para consolidar ou refutar as conclusões expostas, marcadas pelas limitações já enunciadas.

Numa perspetiva global de avaliação do SIRNCCI, seria importante produzir estudos noutras áreas, nomeadamente ao nível da qualidade da informação produzida, o que não foi feito no nosso percurso de investigação.

Do ponto de vista da RNCCI, estudos semelhantes a este, dirigidos a outras estruturas da rede, poderiam revelar-se enriquecedores e potenciadores de uma maior rentabilização da informação produzida e partilhada na rede.

7. BIBLIOGRAFIA

AGOSTINHO, Manuela. 2007. Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2007, Vol. 23, DOSSIER:Família, pp. 327-330.

BONI, Valdete e QUARESMA, Sílvia. 2005. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*. janeiro-julho, 2005, Vols. 2, nº1(3), pp. 68-80. [Online],[Citação: 26 de Outubro de 2011.], <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>.

BRANCO, António e RAMOS, Vítor. 2001. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001, Vol. temático nº 2.

Care4IT. 2009a. "Care4IT | Care4IT". *Care4IT*. [Online] 2009a. [Citação: 16 de Agosto de 2012.] <http://www.care4it.pt/care4it>.

— **2009b.** UMCCI gere a Rede de Cuidados Continuados Integrados com o GestCare CCI da Care4IT. *Care4IT*. [Online] 12 de Abril de 2009b. [Citação: 16 de Agosto de 2012.] <http://www.care4it.pt/destaques/umcci-gere-rede-de-cuidados-continuados-integrados-com-o-gestcare-cci-da-care4it>.

CARVALHO, João. 1996. Desenvolvimento de Sistemas de Informação: Da Construção de Sistemas Informáticos à Reengenharia Organizacional. *Departamento de Sistemas de Informação - Escola de Engenharia - Universidade do Minho*. [Online] Outubro de 1996. [Citação: 25 de Outubro de 2011.] <http://www3.dsi.uminho.pt/jac/documentos/DSI.pdf>.

CHIAVENATO, Idalberto. 2004. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. São Paulo : Elsevier Editora Ltda., 2004.

COOK, Richard, RENDER, Marta e WOODS, David. 2000. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal*. Março, 2000, Vol. 320, p. 791:794.

DeLONE, William e McCLEAN, Ephraim. 2003. The DeLone and McLean Model of Information System Success: A Ten-Year Update. *Journal of Management Information Systems*. [Online]. Spring, 2003, Vol. 19 nº 4. [Citação: 2 de Fevereiro de 2011]. <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.asiaa.sinica.edu.tw%2F~ccchian%2FGILIS%2FLIS%2Fp9-Delone.pdf>.

DEVEZA, Raquel. 2006. SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. [entrev.] Pedro Silva e Abilio CT. *Forum Enfermagem*. [Online] 18 de Novembro de 2006. [Citação: 28 de 03 de 2012.]

http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2567:sape-sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem&catid=26:.

EGENES, Karen J. 2009. History of Nursing. [autor do livro] Gayle ROUX e Judith HALSTEAD. *IN: Issues and Trends in Nursing: Essential Knowledge for Today and Tomorrow*. s.l. : Jones and Barlet Publishers, LLC, 2009.

ESTEVES, Joana. 2007. O Sucesso dos Sistemas de Informação. *Instituto Superior Técnico*. [Online] Novembro de 2007. [Citação: 3 de Fevereiro de 2011.] <https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/152740/1/SSI%20-%20Joana%20Esteves.pdf>.

FONSECA, César. 2006. A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital. *Repositório Aberto da Universidade Aberta*. [Online] 2006. [Citação: 2 de Fevereiro de 2012.] <http://hdl.handle.net/10400.2/722>.

FORTIN, Marie-Fabienne, CÔTÉ, José e FILON, Françoise. 2009. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa : Lusodidacta, 2009.

GIL, António Carlos. 2002. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª Edição. São Paulo : Atlas S.A., 2002.

GOMES, Paulo, PAIVA, Nuno e SIMÕES, Bernardo. 2009. Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE. *Portal da Saúde - Ministério da Saúde*. [Online] 12 de Fevereiro de 2009. [Citação: 2 de Fevereiro de 2012.] <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1AE381EA-E996-474F-9F39-5EC880733FD0/0/AnaliseViabilidadeEconomicav13.pdf>.

GUIMARÃES, Eliane e ÉVORA, Yolanda. 2004. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. *Ciência da Informação*. [Online]. 2004, Vol. 33 nº1 [Citação: 26 de Outubro de 2011]. <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/62/57>.

HILL, Manuela Magalhães e HILL, Andrew. 2002. *Investigação por Questionário*. Lisboa : Edição Sílabo, Lda., 2002.

HOLLOWAY, Immy e WHEELER, Stephanie. 1996. *Qualitative Research for nurses*. s.l. : Blackwell Science, 1996.

HUTCHINSON, Sally e WILSON, Holly. 2007. Entrevistas de Investigação e Terapêuticas, Uma Perspectiva Pós-Estruturalista. [autor do livro] Janice MORSE. *Aspectos essenciais de metodologia de investigação*. Coimbra : Formasau, 2007.

ICN - International Council of Nurses. 2011. *CIPE(r) versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [trad.] Dra. Hermínia Castro. Ordem dos Enfermeiros - Fevereiro de 2011. 2011.

KETELE, Jean e ROEGIERS, Xavier. 1998. *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos.* Lisboa : Instituto Piaget, 1998.

KUHN, K. A., et al. 2001. Challenges in Deploying Health Information Systems. [autor do livro] V. L. PATEL, R. ROGEERS e R. HAUX. *Proceedings of the 10th World Congress on Medical Informatics : [held in London, United Kingdom] ; Pt. 2.* Amsterdam : IOS Press, 2001.

LEDESMA, Rúben Daniel e VALERO-MORA, Pedro. 2007. Determining the Number of Factors to Retain in EFA: an easy-to-use computer program for carrying out Parallel Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation [Online]*. February de 2007, Vol. 12 nº 2. [Citação: 11 de Setembro de 2012] <http://pareonline.net/pdf/v12n2.pdf>.

LOURO, Clarisse. 2011. Cuidados Continuados no Domicílio. *Repositório Aberto da Universidade do Porto*. [Online] 7 de Fevereiro de 2011. [Citação: 26 de Outubro de 2011.] <http://hdl.handle.net/10216/26337>.

MARIN, Heimar de Fátima. 2010. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*. Jan-Mar, 2010, Vol. 2(1).

MOTA, Liliana. 2010. Sistemas de Informação em Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos. *Repositório Aberto da Universidade do Porto*. [Online] 2010. [Citação: 3 de Março de 2012.] <http://hdl.handle.net/10216/55361>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2005a. Organização e gestão dos serviços de saúde - Participação dos enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Julho, 2005, 2005a.

— **2005b.** Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. Julho, 2005b.

— **2007.** Sistemas de Informação em Enfermagem - SIE. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] Novembro de 2007. [Citação: 26 de 10 de 2011.] <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>.

Pan American Health Organization. 2000. *Building Standard-Based Nursing Information Systems*. [ed.] Heimar MARIN, et al. Washington, D.C. : PAHO, 2000.

PEREIRA, Filipe. 2009. *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra : Formasau, 2009.

PERROCA, Marcia. 1997. Valores que norteiam o processo de tomada de decisão da enfermeira. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. [Online]*. 1997, Vol. 31 nº2 [Citação: 26 de Outubro de 2011]. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/410.pdf>.

PETERLINI, Olga e ZAGONEL, Ivete. 2006. O Sistema de Informação Utilizado pelo Enfermeiro no Gerenciamento do Processo de Cuidar. *Scielo Brasil*. [Online] Setembro de

2006. [Citação: 2 de Fevereiro de 2012.] <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300005>.

PINTO, Liliana. 2010. Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem. *Repositório da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*. [Online] 23 de Setembro de 2010. [Citação: 26 de Outubro de 2011.] <http://hdl.handle.net/10348/355>.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernardette P. 1995. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL. ACSS; ENSP; UNL. 2009. Contratualização em Cuidados de Saúde Primários - Horizonte 2015/20. *www.acss.min-saude.pt*. [Online] 30 de Dezembro de 2009. [Citação: 02 de 08 de 2012.] http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Fase4_Estudo%20de%20Caso.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. 2006. Decreto-Lei nº 101/2006. *Diário da República I Série, n. 109*, 6 de Junho de 2006, pp. 3856-3865.

— **2007.** Despacho nº 24101/2007. *Diário da República, II Série, n.º 203*. 22 de Outubro de 2007.

— **2013.** Despacho nº 2784/2013. *Diário da República, IIª Série, nº 36*. 20 de Fevereiro de 2013, p. 6908.

— **2010.** Portal da Saúde - História do Serviço Nacional de Saúde. *Portal da Saúde*. [Online] 24 de Fevereiro de 2010. [Citação: 26 de Outubro de 2011.] <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde; ACSS. 2009. *Registo Eletrónico de Saúde R1 - Documento de Estado de Arte*. 30 de Setembro de 2009.

PORTUGAL. Ministério da Saúde; MCSP. 2007. Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - carteira de serviços. *Cuidados de Saúde Primários Portugal*. [Online] 2007. [Citação: 26 de Outubro de 2011.] http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf.

PORTUGAL. RNCCI. 2010a. Care4IT no 3º Aniversário da RNCCI. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. [Online] 22 de Abril de 2010a. [Citação: 26 de Outubro de 2011.] <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/publi-reportagem-care-rncci.pdf>.

— **2010b.** Três anos de RNCCI - resumo executivo. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. [Online] 2010b. [Citação: 26 de Outubro de 2011.] http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf.

PORTUGAL. RNCCI; UMCCI. 2010. Post Acute and Long Term Care: online web based system of data management. *European Evaluation Society*. [Online] 2010. [Citação: 16 de Agosto de 2012.] http://www.europeanevaluation.org/images/file/Conference/Past_Conference/2010_Prague/FullPapers/3_Nogueira_Abreu_3.pdf.

PORTUGAL. UMCCI. 2012. A Rede. *Cuidados Continuados - Saúde e Apoio Social*. [Online] 2 de Fevereiro de 2012. [Citação: 2 de Fevereiro de 2012.] <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.

— **2008.** Diretiva Técnica Nº 1/UMCCI/2008. *Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)*. [Online] 7 de Janeiro de 2008. [Citação: 27 de Outubro de 2010.] <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/d1.pdf>.

— **2012.** Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 2011. *UMCCI | Relatórios*. [Online] Fevereiro de 2012. [Citação: 28 de Março de 2012.] http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_anual_2011_28marco2012.pdf.

— **2012.** Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - 1º semestre de 2012. *UMCCI | Relatórios*. [Online] 31 de Agosto de 2012. [Citação: 02 de Setembro de 2012.] http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/rev_relatorio_1_semestre_2012.pdf.

RIBEIRO, José. 2010. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto : Livpsi, 2010.

SILVA, Abel. 2001. *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto : s.n., 2001. Tese de Doutoramento.

SOUSA, Paulino. 2006. *O sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde : um modelo explicativo*. Coimbra : Formasau, 2006.

STRAUSS, Anselm e CORBIN, Juliet. 2002. *Bases de la investigacion cualitativa - Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. [trad.] Eva Zimmerman. Colombia : Contus - Editorial Universidad de Antioquia, 2002.

— **2008.** *Pesquisa Qualitativa - Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. [trad.] Luciane de Oliveira da Rocha. 2ª. Porto Alegre : Artmed, 2008.

URBACH, Nils e MÜLLER, Benjamin. 2011. DeLone e McLean IS Success model - IS Theory. *IS Theory*. [Online] Brigham Young University, Provo, Utah, 16 de Novembro de

2011. [Citação: 4 de Setembro de 2012.]
http://istheory.byu.edu/wiki/Delone_and_McLean_IS_success_model.

WHEELER, Charlene. 1984. Viewpoint: Essay in response to republication of a biography. *Advances in Nursing Science*. [Online] 1984. [Citação: 28 de Agosto de 2012.]
http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/1984/06040/Viewpoint__Essay_in_response_to_republication_of_a.9.aspx.

WOODHAM-SMITH, Cecil. 1951. *Florence Nightingale 1820-1910*. 4ª. New York, London, Toronto : McGraw-Hill Book Company, Inc., 1951.

YIN, Robert K. 2001. *Estudo de caso - Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre : Bookman, 2001.

ZORRINHO, Carlos. 1999. A redescoberta do homem, in O mundo virtual. *Cadernos de gestão dos sistemas e tecnologias da informação Henrique Marcelino*. [Online]. Instituto de Informática. Caderno 7, Março de 1999. [Citação: 26 de Outubro de 2011]
<http://www.inst-informatica.pt/o-instituto/factos-historicos/publicacoes/cadernos-de-gestao/caderno7.pdf>.

ANEXOS

ANEXO I
PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE,
DA ARS NORTE

Exmo. Sr.
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da
Administração Regional de Saúde do Norte
R. Sta. Catarina, 1288
4000-447 PORTO

Assunto: Pedido de parecer sobre a recolha de dados junto dos enfermeiros das ECCI da Região Norte, no âmbito do trabalho de investigação de Mestrado em Enfermagem Comunitária

José Luís Dine Falcão Sincer e Sepúlveda, residente na Rua da Ilha, 52 – 3º Esq, 4440-558 Valongo, portador do Bilhete de Identidade, com o nº 10353074, licenciado em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Comunitária, mestrando do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, na sequência do trabalho que tem vindo a desenvolver no âmbito da sua dissertação de Mestrado: “Sistemas de Informação em Enfermagem – um estudo sobre a relevância da informação para os cuidados continuados integrados”, vem por este meio solicitar a vossa Exa. a emissão de parecer positivo da Comissão que preside, em relação à recolha de dados junto dos enfermeiros das ECCI da Região Norte, sob a forma de questionário, a preencher voluntariamente em papel ou por via electrónica, conforme modelo em anexo.

Objetivos

- Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, que se mostra mais relevante para os Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar quais os repositórios daquela informação que releva para efeitos da continuidade de cuidados;
- Identificar o nível de acessibilidade percebido pelos enfermeiros, acerca da informação que reportam como mais relevante para efeitos da continuidade de cuidados.

Finalidade

Conhecer melhor a informação que é partilhada na RNCCI, as necessidades que os profissionais das diversas instâncias da rede sentem em relação ao processo de continuidade de cuidados e promover soluções que facilitem as trocas de informação, são factores de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, famílias e comunidade.

Com os resultados do presente estudo pretende-se construir uma base de conhecimento que possa servir como ponto de partida para uma reflexão e melhoria da qualidade da informação partilhada ao nível do SIRNCCI.

Estes resultados poderão constituir-se como fonte de conhecimento que ajude a limitar a existência de lacunas, na partilha de informação e conseqüentemente na quebra da continuidade dos cuidados e eventual diminuição da qualidade dos mesmos (COOK et al., 2000, p. 792).

Assim sendo, procura desenvolver-se este estudo com a intenção de contribuir, em primeiro lugar, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na RNCCI, inicialmente nas ECCI, através da compreensão da natureza da informação partilhada na RNCCI (nomeadamente através da aplicação atualmente em uso - GestCare® CCI), entre referenciadores e ECCI, a qual é relevante para a continuidade dos cuidados. É opinião do investigador que só podemos evoluir positivamente quer ao nível da qualidade, quer da quantidade e das estruturas/sistemas que suportam a informação, conhecendo-as e analisando-as.

Desta forma, procura-se possibilitar aos enfermeiros que trabalham ao nível da RNCCI um instrumento de consulta que possibilite:

- A identificação de informação que é realmente relevante para a continuidade dos cuidados nas ECCI;
- A seleção de estratégias que aumentem a acessibilidade à informação que é relevante;
- A rentabilização dos recursos temporais e humanos, ao selecionar a informação que deve ser partilhada;
- O aumento da eficácia do SIRDCCI, na partilha de informação, entre os diversos níveis da RNCCI.

Este estudo poderá contribuir para o aumento do nível de conhecimento, sobre a continuidade de cuidados nas ECCI, identificando a informação que é relevante para o sucesso na implementação dos cuidados necessários.

Poderá ainda apontar pontos de partida para upgrades ao software, melhorando a eficácia do Sistema de Informação e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados pela RNCCI, rentabilizando os recursos (diminuindo o tempo necessário para obtenção da informação relevante) e diminuindo erros na tomada de decisão e na continuidade dos cuidados.

Numa altura de crescimento exponencial da RNCCI, no âmbito das ECCI, urge otimizar o Sistema de Informação, tornando-o mais eficaz, no fornecimento de informação relevante.

Dessa forma, pensa-se dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, à população que é beneficiária dos cuidados da RNCCI, e a rentabilização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito dos cuidados continuados.

Metodologia

Em relação à metodologia, este trabalho de investigação divide-se em duas partes. Uma primeira parte de carácter qualitativo, fenomenológico e exploratório, já realizada, com recurso a entrevistas a informantes-chave (selecionados pela sua experiência profissional relevante ao nível da RNCCI, de acordo com critérios de conveniência para o investigador, em horário extra-laboral) e posterior análise de conteúdo, tendo sido assinados os respetivos consentimentos informados.

Nesta segunda parte, a abordagem a utilizar é quantitativa, do tipo descritivo, com o objetivo de classificar a informação obtida na primeira parte, quanto ao grau de relevância e quanto ao grau de acessibilidade, no Sistema de Informação da Rede de Cuidados Continuados Integrados, com recurso ao preenchimento de um questionário (em papel ou eletronicamente, via Internet).

Aspetos éticos

No que concerne ao estudo presente, os princípios a considerar, em relação aos participantes, são:

- Direito à informação sobre a razão de ser e os objectivos do estudo;
- Direito à informação sobre a modalidade de participação;
- Confidencialidade e anonimato;
- Livre participação, recusa e/ou desistência;
- Liberdade de acesso às conclusões do estudo;
- Direito a obter todos os esclarecimentos que entenda necessários para a sua tomada de decisão em relação à participação no estudo.

A todos os participantes serão garantidos estes pressupostos e os mesmos constarão do consentimento informado que será obtido junto de cada um, previamente ao preenchimento do questionário (conforme modelo em anexo), quer seja obtido por via escrita, quer por via eletrónica.

O presente projecto de investigação é orientado pelo Professor Doutor Paulino Artur Ferreira de Sousa, professor-coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto e co-orientado pelo Mestre Manuel Fernando dos Santos Oliveira, professor-adjunto da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

O preenchimento do questionário deverá ser realizado em horário extra-laboral, não prejudicando o normal funcionamento dos serviços, solicitando-se apenas a todas as Direcções dos ACES a divulgação do mesmo junto de todos os enfermeiros das ECCI.

O investigador não realizará em nenhum momento qualquer recolha de dados de utentes ou outros, do aplicativo GestCare® CCI, uma vez que o seu objetivo é identificar a

informação que os enfermeiros consideram relevante, para efeitos de continuidade de cuidados ao nível das ECCI.

Certo da sua melhor atenção para o assunto, fico ao dispor para qualquer esclarecimento que entenda necessário, aguardando deferimento.

Com os melhores cumprimentos,

29 de Agosto de 2011

O investigador,
José Luís Dine Falcão Sincer e
Sepúlveda

Anexos:

- Curriculum Vitae do Investigador
- Modelo de consentimento informado

ANEXO II
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE,
DA ARS NORTE



Ministério da Saúde



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

1/1

PARECER Nº 100/2011

Sobre o estudo “Sistemas de Informação em Enfermagem - um estudo sobre a relevância da informação de referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados”

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 100.11CES, na sequência da solicitação de Parecer feita pelo Enfermeiro José Luís Sincer e Sepúlveda, por mensagem de correio eletrónico, datada de 07/10/2011, relativa ao estudo “Sistemas de Informação em Enfermagem - um estudo sobre a relevância da informação de referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados” que o investigador pretende realizar no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, sob a orientação dos Professores Doutor Paulino Sousa e Mestre Manuel Fernando dos Santos Oliveira, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: protocolo que inclui modelo de consentimento informado e questionário, currículo do investigador, declaração de compromisso de entrega de resultado do estudo à CES, declarações dos orientadores, diversas mensagens de correio eletrónico trocadas com esta CES.

A.3. Trata-se de um estudo observacional transversal que consiste na aplicação de um questionário aos enfermeiros das Equipas Coordenadoras Locais e Equipas de Cuidados Continuados Integrados da região norte, a preencher voluntariamente em papel ou por via eletrónica. Os objetivos do estudo são «1) Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, que se mostra mais relevante para a continuidade do cuidado na prática diária do cuidado domiciliário; 2) Identificar quais os repositórios daquela informação que releva para efeitos da continuidade de cuidados; 3) Identificar o nível de acessibilidade percebido pelos enfermeiros, acerca da informação que reportam como mais relevante para efeitos da continuidade de cuidados», com o que pretende «conhecer melhor a informação que é partilhada na RNCCI [Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados], as necessidades que os profissionais das diversas instâncias da rede sentem em relação ao processo de continuidade de cuidados e promover soluções que facilitem as trocas de informação, são factores de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, famílias e comunidade».

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se relevância ao estudo e interesse nos resultados esperados, registando-se que há paralelismo deste estudo com outro realizado com os mesmos objetivos no âmbito do mesmo Mestrado e igualmente submetido a esta CES.

B.2. A metodologia utilizada salvaguarda os direitos dos participantes.

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

O relator, *Rosalvo Almeida*

Aprovado em reunião do dia 14 de outubro de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

ANEXO III
GUIÃO DA ENTREVISTA

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Um estudo sobre a relevância da informação para os Cuidados Continuados Integrados

Guião de Entrevista

José Luís Dine Falcão Sincer e Sepúlveda

Mestrado em Enfermagem Comunitária

2º ano

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Dezembro, 2010

Para os objectivos deste estudo, pedimos-lhe que responda de forma detalhada às perguntas que lhe vamos colocar, tendo em conta os seguintes aspectos:

- Qual a **informação recolhida, processada e/ou documentada** no sistema de informação da RNCCI que, na perspectiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados no contexto das ECCI?
- Quais os **repositórios** da informação recolhida, processada e/ou documentada que, na perspectiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?
- Qual o **nível de acessibilidade** da informação recolhida, processada e/ou documentada que, na perspectiva dos enfermeiros, releva para efeitos da continuidade dos cuidados no contexto das ECCI?

Outros aspetos a ter em conta ao longo da entrevista, caso venham a surgir:

- 1) Em relação aos dados de identificação do utente, quais são os que considera relevantes para a continuidade de cuidados?
- 2) Considera que o conhecimento da(s) patologia(s) do utente é relevante para a continuidade dos cuidados? De que forma?
- 3) Quanto à medicação actual do utente, em que medida considera essa informação relevante para a continuidade dos cuidados?
- 4) Quais são as atitudes terapêuticas cuja menção considera relevante para a continuidade dos cuidados?
- 5) Em que medida considera relevante a informação sobre a existência de um cuidador formal/informal, para a continuidade dos cuidados?
 - a) E em relação ao suporte familiar, considera relevante a transmissão/conhecimento desta informação?
- 6) Quanto aos dados sobre as condições habitacionais, qual/quais os dados que considera relevantes para a continuidade dos cuidados?
- 7) Considera relevante a transmissão dos diagnósticos de enfermagem activos?
 - a) E em relação aos terminados, considera relevante transmitir/conhecer estes diagnósticos de enfermagem, para a continuidade dos cuidados?
 - i) Quais os diagnósticos de enfermagem terminados que considera como relevantes para a continuidade dos cuidados?

- 8) Em relação às intervenções de enfermagem, considera relevante saber quais as intervenções de enfermagem activas, para a continuidade dos cuidados?
- a) E em relação aos terminados, considera relevante transmitir/conhecer estas intervenções de enfermagem, para a continuidade dos cuidados?
- i) Quais as intervenções de enfermagem terminadas que considera como relevantes para a continuidade dos cuidados?
- 9) Em relação aos resultados das intervenções de enfermagem, considera relevante saber quais os resultados obtidos, para a continuidade dos cuidados?
- 10) Existem outros dados que não tenhamos abordado e que, na sua opinião, relevem para a continuidade dos cuidados?
- a) Se sim, quais?

Obrigado pela sua disponibilidade e colaboração para a realização deste estudo.

ANEXO IV
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Sistemas de Informação em Enfermagem: Um estudo sobre a relevância da Informação de referência para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Eu, _____, abaixo-assinado, fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a identificar e descrever a informação de referência partilhada entre enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), que releva para efeitos da continuidade dos cuidados; a descrever os factores que sustentam a relevância atribuída à informação partilhada entre enfermeiros da RNCCI, para efeitos da promoção dos cuidados; a identificar os repositórios da informação partilhada entre enfermeiros da RNCCI.

Sei que neste estudo está prevista a realização de entrevistas semi-estruturadas, tendo-me sido explicado que esta fase visa a identificação de exemplaridades que resultam da partilha de informação entre enfermeiros da RNCCI.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação neste estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, desde que garantido o anonimato.

Nome do participante no estudo: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Nome do investigador responsável: José Luís Dine Falcão Sincer e Sepúlveda

Assinatura: _____ Data: _____

ANEXO V
DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE O ESTUDO

DOCUMENTO INFORMATIVO

Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação de referência para as ECCI

José Luís Dine Falcão Sincer e Sepúlveda, residente na Rua da Ilha, 52 – 3º Esq, 4440-558 Valongo, portador do Bilhete de Identidade, com o nº 10353074, licenciado em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Comunitária, mestrando do 2º ano do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, na sequência do trabalho que tem vindo a desenvolver no âmbito da sua dissertação de Mestrado: “Sistemas de Informação em Enfermagem – um estudo sobre a relevância da informação para os cuidados continuados integrados”, vem por este meio solicitar a sua colaboração.

Para que possa decidir de forma informada e esclarecida, apresentam-se neste documento algumas informações e considerações que poderão ajudar na sua tomada de decisão.

Objetivos

- Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, que se mostra mais relevante para os Cuidados Continuados Integrados;
- Identificar quais os repositórios daquela informação que releva para efeitos da continuidade de cuidados;
- Identificar o nível de acessibilidade percebido pelos enfermeiros, acerca da informação que reportam como mais relevante para efeitos da continuidade de cuidados.

Finalidade

Conhecer melhor a informação que é partilhada na RNCCI, as necessidades que os profissionais das diversas instâncias da rede sentem em relação ao processo de continuidade de cuidados e promover soluções que facilitem as trocas de informação, são factores de melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, famílias e comunidade.

Com os resultados do presente estudo pretende-se construir uma base de conhecimento que possa servir como ponto de partida para uma reflexão e melhoria da qualidade da informação partilhada ao nível do SIRDCCI.

Estes resultados poderão constituir-se como fonte de conhecimento que ajude a limitar a existência de lacunas, na partilha de informação e conseqüentemente na quebra da continuidade dos cuidados e eventual diminuição da qualidade dos mesmos(COOK et al., 2000, p. 792).

Assim sendo, procura desenvolver-se este estudo com a intenção de contribuir, em primeiro lugar, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na RNCCI, inicialmente nas ECCI, através da compreensão da natureza da informação partilhada na RNCCI (nomeadamente através da aplicação atualmente em uso - GestCare® CCI), entre referenciadores e ECCI, a qual é relevante para a continuidade dos cuidados. É opinião do investigador que só podemos evoluir positivamente quer ao nível da qualidade, quer da quantidade e das estruturas/sistemas que suportam a informação, conhecendo-as e analisando-as.

Desta forma, procura-se possibilitar aos enfermeiros que trabalham ao nível da RNCCI um instrumento de consulta que possibilite:

- A identificação de informação que é realmente relevante para a continuidade dos cuidados nas ECCI;
- A seleção de estratégias que aumentem a acessibilidade à informação que é relevante;
- A rentabilização dos recursos temporais e humanos, ao selecionar a informação que deve ser partilhada;
- O aumento da eficácia do SIRDCCI, na partilha de informação, entre os diversos níveis da RNCCI.

Este estudo poderá contribuir para o aumento do nível de conhecimento, sobre a continuidade de cuidados nas ECCI, identificando a informação que é relevante para o sucesso na implementação dos cuidados necessários.

Poderá ainda apontar pontos de partida para upgrades ao software, melhorando a eficácia do Sistema de Informação e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados prestados pela RNCCI, rentabilizando os recursos (diminuindo o tempo necessário para obtenção da informação relevante) e diminuindo erros na tomada de decisão e na continuidade dos cuidados.

Numa altura de crescimento exponencial da RNCCI, no âmbito das ECCI, urge otimizar o Sistema de Informação, tornando-o mais eficaz, no fornecimento de informação relevante.

Dessa forma, pensa-se dar um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, à população que é beneficiária dos cuidados da RNCCI, e a rentabilização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), no âmbito dos cuidados continuados.

ANEXO VI
QUESTIONÁRIO

ANEXO VII
DADOS GLOBAIS RELATIVOS À RELEVÂNCIA

QUADRO 23: Estatística descritiva global, relativa à relevância

Relevância						Relevância (cont.)					
Q	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Q	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q02.01	3,93	1,16	4,00	5	69,1	Q10.06	4,60	0,68	5,00	5	91,60
Q02.02	4,49	0,90	5,00	5	84,50	Q10.07	4,65	0,64	5,00	5	93,80
Q02.03	4,45	0,86	5,00	5	86,80	Q10.08	4,78	0,50	5,00	5	96,30
Q02.04	4,46	0,80	5,00	5	87,80	Q10.09	4,60	0,70	5,00	5	92,80
Q02.05	4,66	0,75	5,00	5	94,00	Q10.10	4,80	0,51	5,00	5	95,20
Q02.06	4,54	0,74	5,00	5	90,50	Q10.11	4,54	0,65	5,00	5	91,70
Q02.07	4,33	0,84	5,00	5	84,50	Q10.12	4,34	0,92	5,00	5	86,60
Q02.08	4,14	1,07	5,00	5	74,10	Q10.13	4,26	0,85	4,50	5	78,60
Q03.01	3,78	1,01	4,00	4	50,00	Q10.14	4,52	0,69	5,00	5	89,20
Q03.02	4,21	0,88	4,00	5	80,90	Q10.15	4,03	0,81	4,00	4	73,80
Q04.01	3,67	0,97	4,00	4	63,10	Q11.01	4,51	0,74	5,00	5	88,10
Q04.02	4,02	0,94	4,00	4	75,00	Q11.02	4,79	0,49	5,00	5	96,40
Q04.03	4,36	0,85	5,00	5	88,10	Q11.03	4,53	0,74	5,00	5	88,00
Q04.04	3,76	1,01	4,00	4	62,60	Q11.04	4,75	0,54	5,00	5	95,30
Q05	4,88	0,40	5,00	5	97,60	Q11.05	4,82	0,47	5,00	5	96,40
Q06	4,76	0,53	5,00	5	95,10	Q11.06	4,76	0,58	5,00	5	95,20
Q07.01	4,13	0,86	4,00	4	79,80	Q11.07	4,49	0,82	5,00	5	88,00
Q07.02	3,93	0,93	4,00	4	69,10	Q11.08	4,48	0,77	5,00	5	88,10
Q07.03	3,93	0,85	4,00	4	67,50	Q11.09	4,61	0,60	5,00	5	93,90
Q07.04	4,10	0,89	4,00	4	77,40	Q11.10	4,64	0,64	5,00	5	94,00
Q07.05	3,05	1,06	3,00	3	32,10	Q11.11	4,45	0,75	5,00	5	86,90
Q07.06	3,94	0,83	4,00	4	72,30	Q11.12	4,66	0,61	5,00	5	92,70
Q07.07	4,23	0,95	4,00	5	84,30	Q11.13	4,17	0,90	4,00	5	79,50
Q07.08	4,67	0,59	5,00	5	94,00	Q11.14	4,40	0,83	5,00	5	85,30
Q07.09	4,80	0,49	5,00	5	96,40	Q11.15	4,47	0,83	5,00	5	86,80
Q07.10	4,00	0,92	4,00	5	66,70	Q11.16	4,66	0,55	5,00	5	96,40
Q07.11	3,94	0,92	4,00	5	65,40	Q11.17	4,48	0,77	5,00	5	91,50
Q08.01	4,86	0,44	5,00	5	96,40	Q11.18	4,54	0,67	5,00	5	92,90
Q08.02	4,70	0,62	5,00	5	94,10	Q12.01	4,61	0,66	5,00	5	92,80
Q08.03	4,78	0,54	5,00	5	93,90	Q12.02	4,74	0,58	5,00	5	95,30
Q08.04	4,76	0,58	5,00	5	92,70	Q12.03	4,65	0,65	5,00	5	92,80
Q08.05	4,63	0,58	5,00	5	95,20	Q12.04	4,56	0,65	5,00	5	94,10
Q09.01	4,77	0,52	5,00	5	97,70	Q12.05	4,56	0,68	5,00	5	91,70
Q09.02	4,64	0,60	5,00	5	94,00	Q12.06	4,54	0,67	5,00	5	92,90
Q10.01	4,51	0,79	5,00	5	90,40	Q12.07	4,65	0,59	5,00	5	94,00
Q10.02	4,18	1,06	5,00	5	78,30	Q12.08	4,31	0,97	5,00	5	83,10
Q10.03	4,42	0,86	5,00	5	84,30	Q12.09	4,77	0,50	5,00	5	96,40
Q10.04	4,52	0,83	5,00	5	89,30	Q12.10	4,68	0,71	5,00	5	94,10
Q10.05	4,47	0,87	5,00	5	85,60	Q13	4,62	0,71	5,00	5	95,20

ANEXO VIII
DADOS GLOBAIS RELATIVOS À ACESSIBILIDADE

QUADRO 24: Estatística descritiva global, relativa à acessibilidade

Acessibilidade						Acessibilidade (cont.)					
Q	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}	Q	Média	DP	Mediana	Moda	Fa _{4,5}
Q02.01	2,48	1,53	2,00	1	30,2	Q10.06	4,02	1,07	4,00	5	70,70
Q02.02	3,07	1,53	3,00	5	44,60	Q10.07	4,10	1,11	4,50	5	74,40
Q02.03	2,55	1,53	2,00	1	35,70	Q10.08	4,20	1,01	5,00	5	76,80
Q02.04	3,00	1,62	3,00	1	47,00	Q10.09	4,17	1,08	5,00	5	78,30
Q02.05	4,17	1,05	4,50	5	77,40	Q10.10	4,24	1,00	5,00	5	79,30
Q02.06	3,33	1,42	3,00	5	47,60	Q10.11	3,83	1,26	4,00	5	65,80
Q02.07	2,88	1,50	3,00	1	36,90	Q10.12	3,94	1,13	4,00	5	63,90
Q02.08	4,00	1,25	4,50	5	70,00	Q10.13	3,82	1,19	4,00	5	63,90
Q03.01	3,43	1,29	3,50	3	50,00	Q10.14	3,94	1,18	4,00	5	72,30
Q03.02	2,54	1,29	2,00	1	25,30	Q10.15	2,59	1,32	3,00	1	26,30
Q04.01	2,60	1,17	3,00	3	21,50	Q11.01	3,94	1,13	4,00	5	65,90
Q04.02	2,90	1,37	3,00	3 ¹⁵	37,40	Q11.02	3,74	1,23	4,00	5	57,30
Q04.03	2,63	1,34	3,00	1	28,60	Q11.03	2,70	1,42	3,00	1	32,60
Q04.04	2,31	1,36	2,00	1	20,40	Q11.04	2,78	1,41	3,00	2	30,10
Q05	3,72	1,36	4,00	5	64,20	Q11.05	4,36	0,58	5,00	5	82,00
Q06	4,05	1,15	4,00	5	72,00	Q11.06	3,62	1,42	4,00	5	56,10
Q07.01	3,02	1,25	3,00	3	31,80	Q11.07	3,77	1,28	4,00	5	63,90
Q07.02	2,61	1,30	3,00	3	22,80	Q11.08	3,72	1,24	4,00	5	59,80
Q07.03	2,56	1,33	3,00	1	23,20	Q11.09	3,75	1,20	4,00	5	60,20
Q07.04	3,08	1,30	3,00	4	42,20	Q11.10	2,93	1,36	3,00	2 ¹⁵	32,60
Q07.05	2,43	1,16	3,00	3	17,10	Q11.11	2,71	1,37	3,00	1	30,20
Q07.06	2,51	1,27	3,00	3	20,40	Q11.12	2,56	1,40	2,00	1	26,30
Q07.07	2,28	1,30	2,00	1	19,50	Q11.13	3,70	1,21	4,00	5	62,20
Q07.08	2,51	1,31	2,00	1 ¹⁵	22,80	Q11.14	3,76	1,18	4,00	5	63,40
Q07.09	2,61	1,34	2,00	1	28,90	Q11.15	3,73	1,14	4,00	5	59,70
Q07.10	1,90	1,26	1,00	1	13,40	Q11.16	3,01	1,37	3,00	3	40,30
Q07.11	1,84	1,23	1,00	1	12,00	Q11.17	2,52	1,38	2,00	1	26,50
Q08.01	3,36	1,33	3,00	5	49,40	Q11.18	2,45	1,33	2,00	1	22,90
Q08.02	2,45	1,47	2,00	1	27,80	Q12.01	3,81	1,20	4,00	5	65,10
Q08.03	2,35	1,37	2,00	1	22,00	Q12.02	3,69	1,20	4,00	5	56,60
Q08.04	3,54	1,30	4,00	5	53,70	Q12.03	3,48	1,17	3,00	3	48,20
Q08.05	2,24	1,32	2,00	1	20,70	Q12.04	3,40	1,23	3,00	3	45,80
Q09.01	2,82	1,52	3,00	1	37,40	Q12.05	2,46	1,24	2,00	2	19,20
Q09.02	2,54	1,48	2,00	1	30,50	Q12.06	2,67	1,36	3,00	1 ¹⁵	26,50
Q10.01	4,01	1,20	4,00	5	74,40	Q12.07	3,22	1,25	3,00	3	37,90
Q10.02	4,17	1,09	5,00	5	79,10	Q12.08	2,79	1,17	3,00	3	25,70
Q10.03	4,28	0,98	5,00	5	78,80	Q12.09	3,89	1,03	4,00	4	67,00
Q10.04	3,84	1,26	4,00	5	67,50	Q12.10	3,48	1,22	3,00	3	48,80
Q10.05	3,63	1,28	4,00	5	54,90	Q13	4,02	1,06	4,00	5	73,50

¹⁵ Tratando-se de uma variável multimodal, consideramos sempre a moda menor

ANEXO IX
RESULTADOS DO TESTE DE MANN-WHITNEY
PARA A VARIÁVEL “SEXO”

Dimensão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (bi-caudal)
Identificação e Caracterização Global_R	595,500	2611,500	-,685	,493
Identificação e Caracterização Global_A	618,500	849,500	-,445	,656
Literacia Global_R	612,000	2628,000	-,524	,600
Literacia Global_A	595,500	2611,500	-,694	,488
Condição Socioeconómica Global_R	539,000	2555,000	-1,277	,202
Condição Socioeconómica Global_A	589,500	2605,500	-,746	,456
Motivo Solicitação de Ingresso Global_R	567,000	2520,000	-1,720	,086
Motivo Solicitação de Ingresso Global_A	411,000	2302,000	-2,275	,023
Contacto Privilegiado Global_R	628,500	2519,500	-,185	,853
Contacto Privilegiado Global_A	614,000	2505,000	-,302	,762
Rede de Suporte Global_R	574,000	805,000	-,905	,365
Rede de Suporte Global_A	607,500	2560,500	-,456	,648
Prestador de Cuidados Global_R	492,500	723,500	-1,931	,053
Prestador de Cuidados Global_A	602,000	833,000	-,515	,607
Condições Habitacionais Global_R	483,500	714,500	-2,226	,026
Condições Habitacionais Global_A	590,500	821,500	-,644	,519
IAI Global_R	556,000	787,000	-1,094	,274
IAI Global_A	633,500	864,500	-,183	,854
Info. Ref. Prod. Enfermeiro Global_R	572,000	803,000	-,931	,352
Info. Ref. Prod. Enfermeiro Global_A	634,500	865,500	-,173	,863
Info. Ref. Prod. Médico Global_R	502,000	733,000	-1,679	,093
Info. Ref. Prod. Médico Global_A	540,000	771,000	-1,164	,244
Info. Ref. Prod. TSSS Global_R	644,000	875,000	-,226	,821
Info. Ref. Prod. TSSS Global_A	641,500	872,500	-,105	,916

Dimensão	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Identificação e Caraterirzação Global_R	M	21	45,64	958,50
	F	63	41,45	2611,50
	Total	84		
Identificação e Caraterirzação Global_A	M	21	40,45	849,50
	F	63	43,18	2720,50
	Total	84		
Literacia Global_R	M	21	44,86	942,00
	F	63	41,71	2628,00
	Total	84		
Literacia Global_A	M	21	45,64	958,50
	F	63	41,45	2611,50
	Total	84		
Condição Socioeconómica Global_R	M	21	48,33	1015,00
	F	63	40,56	2555,00
	Total	84		
Condição Socioeconómica Global_A	M	21	45,93	964,50
	F	63	41,36	2605,50
	Total	84		
Motivo Solicitação Ingresso Global_R	M	21	46,00	966,00
	F	62	40,65	2520,00
	Total	83		
Motivo Solicitação Ingresso Global_A	M	20	50,95	1019,00
	F	61	37,74	2302,00
	Total	81		
Contacto Privilegiado Global_R	M	21	42,07	883,50
	F	61	41,30	2519,50
	Total	82		
Contacto Privilegiado Global_A	M	21	42,76	898,00
	F	61	41,07	2505,00
	Total	82		
Rede Suporte Global_R	M	21	38,33	805,00
	F	63	43,89	2765,00
	Total	84		
Rede Suporte Global_A	M	21	44,07	925,50
	F	62	41,30	2560,50
	Total	83		
Prestador de Cuidados Global_R	M	21	34,45	723,50
	F	63	45,18	2846,50
	Total	84		
Prestador de Cuidados Global_A	M	21	39,67	833,00
	F	62	42,79	2653,00
	Total	83		
Condições Habitacionais Global_R	M	21	34,02	714,50
	F	63	45,33	2855,50
	Total	84		
Condições Habitacionais Global_A	M	21	39,12	821,50
	F	62	42,98	2664,50
	Total	83		
IAI Global_R	M	21	37,48	787,00
	F	63	44,17	2783,00
	Total	84		
IAI Global_A	M	21	41,17	864,50
	F	62	42,28	2621,50
	Total	83		
Info Ref. Prod Enfermeiro Global_R	M	21	38,24	803,00

	F	63	43,92	2767,00
	Total	84		
Info Ref. Prod. Enfermeiro Global_A	M	21	41,21	865,50
	F	62	42,27	2620,50
	Total	83		
Info Ref. Prod. Médico Global_R	M	21	34,90	733,00
	F	63	45,03	2837,00
	Total	84		
Info Ref. Prod. Médico Global_A	M	21	36,71	771,00
	F	62	43,79	2715,00
	Total	83		
Info Ref. Prod. TSSSGlobal_R	M	21	41,67	875,00
	F	63	42,78	2695,00
	Total	84		
Info Ref. Prod. TSSSGlobal_A	M	21	41,55	872,50
	F	62	42,15	2613,50
	Total	83		

ANEXO X
RESULTADOS DO TESTE DE MANN-WHITNEY
PARA A VARIÁVEL “CATEGORIA PROFISSIONAL”

Dimensão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (bi-caudal)
Identificação e Caracterização Global_R	619,000	895,000	-,831	,406
Identificação e Caracterização Global_A	620,500	2511,500	-,814	,416
Literacia Global_R	546,000	822,000	-1,599	,110
Literacia Global_A	636,500	2527,500	-,663	,507
Condição Socioeconómica Global_R	602,000	878,000	-1,007	,314
Condição Socioeconómica Global_A	687,000	2578,000	-,146	,884
Motivo Solicitação de Ingresso Global_R	668,000	2559,000	-,060	,952
Motivo Solicitação de Ingresso Global_A	620,500	873,500	-,316	,752
Contacto Privilegiado Global_R	609,000	2439,000	-,774	,439
Contacto Privilegiado Global_A	632,500	2462,500	-,309	,757
Rede de Suporte Global_R	594,000	870,000	-1,080	,280
Rede de Suporte Global_A	644,500	2474,500	-,463	,643
Prestador de Cuidados Global_R	653,500	2544,500	-,533	,594
Prestador de Cuidados Global_A	571,000	2401,000	-1,215	,224
Condições Habitacionais Global_R	675,000	2566,000	-,322	,748
Condições Habitacionais Global_A	611,500	2441,500	-,812	,417
IAI Global_R	608,500	884,500	-,936	,349
IAI Global_A	616,500	892,500	-,748	,454
Info. Ref. Prod. Enfermeiro Global_R	569,000	845,000	-1,339	,181
Info. Ref. Prod. Enfermeiro Global_A	583,500	859,500	-1,084	,278
Info. Ref. Prod. Médico Global_R	627,500	903,500	-,756	,449
Info. Ref. Prod. Médico Global_A	576,500	852,500	-1,156	,248
Info. Ref. Prod. TSSS Global_R	678,500	2569,500	-,289	,773
Info. Ref. Prod. TSSS Global_A	658,500	2488,500	-,340	,734

Dimensão	Categoria Profissional	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Identificação e Caracterização Global_R	Enfermeiro	61	43,85	2675,00
	Especialista	23	38,91	895,00
	Total	84		
Identificação e Caracterização Global_A	Enfermeiro	61	41,17	2511,50
	Especialista	23	46,02	1058,50
	Total	84		
Literacia Global_R	Enfermeiro	61	45,05	2748,00
	Especialista	23	35,74	822,00
	Total	84		
Literacia Global_A	Enfermeiro	61	41,43	2527,50
	Especialista	23	45,33	1042,50
	Total	84		
Condição Socioeconómica Global_R	Enfermeiro	61	44,13	2692,00
	Especialista	23	38,17	878,00
	Total	84		
Condição Socioeconómica Global_A	Enfermeiro	61	42,26	2578,00
	Especialista	23	43,13	992,00
	Total	84		
Motivo Solicitação IngressoGlobal_R	Enfermeiro	61	41,95	2559,00
	Especialista	22	42,14	927,00
	Total	83		
Motivo Solicitação IngressoGlobal_A	Enfermeiro	59	41,48	2447,50
	Especialista	22	39,70	873,50
	Total	81		
Contacto Privilegiado Global_R	Enfermeiro	60	40,65	2439,00
	Especialista	22	43,82	964,00
	Total	82		
Contacto Privilegiado Global_A	Enfermeiro	60	41,04	2462,50
	Especialista	22	42,75	940,50
	Total	82		
Rede Suporte Global_R	Enfermeiro	61	44,26	2700,00
	Especialista	23	37,83	870,00
	Total	84		
Rede Suporte Global_A	Enfermeiro	60	41,24	2474,50
	Especialista	23	43,98	1011,50
	Total	83		
Prestador de Cuidados Global_R	Enfermeiro	61	41,71	2544,50
	Especialista	23	44,59	1025,50
	Total	84		
Prestador de Cuidados Global_A	Enfermeiro	60	40,02	2401,00
	Especialista	23	47,17	1085,00
	Total	83		
Condições Habitacionais Global_R	Enfermeiro	61	42,07	2566,00
	Especialista	23	43,65	1004,00
	Total	84		
Condições Habitacionais Global_A	Enfermeiro	60	40,69	2441,50
	Especialista	23	45,41	1044,50
	Total	83		
IAI Global_R	Enfermeiro	61	44,02	2685,50
	Especialista	23	38,46	884,50
	Total	84		
IAI Global_A	Enfermeiro	60	43,23	2593,50
	Especialista	23	38,80	892,50
	Total	83		
Informação Ref. Prod. Enfermeiro Global_R	Enfermeiro	61	44,67	2725,00
	Especialista	23	36,74	845,00
	Total	84		

Informação Ref. Prod. Enfermeiro Global_A	Enfermeiro	60	43,78	2626,50
	Especialista	23	37,37	859,50
	Total	83		
Informação Ref. Prod. Médico Global_R	Enfermeiro	61	43,71	2666,50
	Especialista	23	39,28	903,50
	Total	84		
Informação Ref. Prod. Médico Global_A	Enfermeiro	60	43,89	2633,50
	Especialista	23	37,07	852,50
	Total	83		
Informação Ref. Prod. TSSS Global_R	Enfermeiro	61	42,12	2569,50
	Especialista	23	43,50	1000,50
	Total	84		
Informação Ref. Prod. TSSS Global_A	Enfermeiro	60	41,48	2488,50
	Especialista	23	43,37	997,50
	Total	83		

ANEXO XI
RESULTADOS DO TESTE
CORRELAÇÃO DE POSTOS DE SPEARMAN

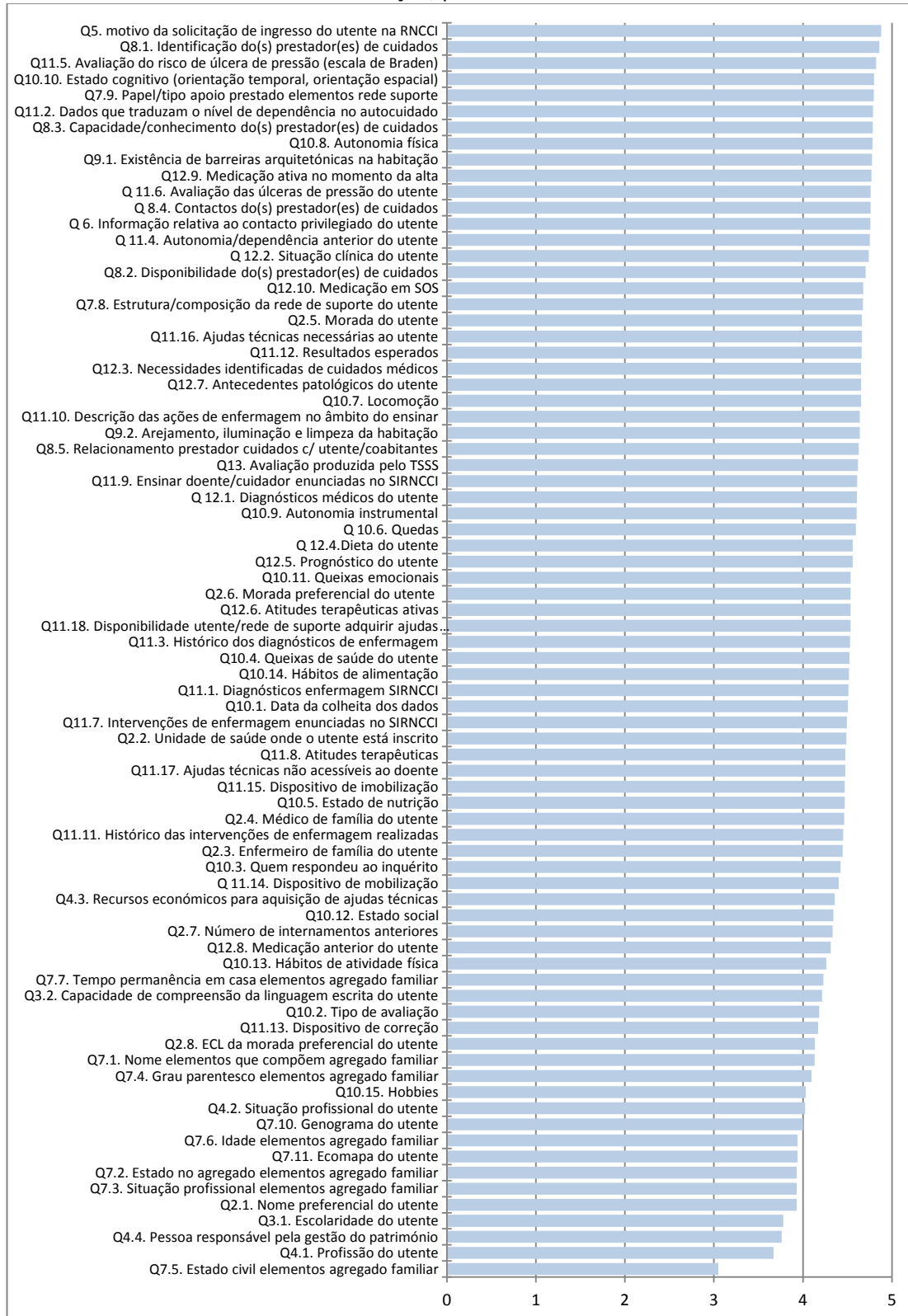
Variáveis	Idade			Tempo de exercício profissional (em anos):			Tempo de serviço na ECL (em meses)			Tempo de serviço na ECCI (em meses)		
	Coef. Corr.	Sig. (bi-caudal)	N	Coef. Corr.	Sig. (bi-caudal)	N	Coef. Corr.	Sig. (bi-caudal)	N	Coef. Corr.	Sig. (bi-caudal)	N
Identificação e Caracterização Global_R	,024	,830	84	,038	,728	84	,068	,776	20	,116	,320	76
Identificação e Caracterização Global_A	,129	,243	84	,147	,183	84	-,298	,203	20	-,013	,915	76
Literacia Global_R	,132	,230	84	,134	,224	84	,329	,157	20	,254*	,027	76
Literacia Global_A	,135	,220	84	,150	,174	84	-,021	,929	20	-,083	,477	76
Condição Socioeconómica Global_R	-,064	,561	84	-,055	,617	84	,133	,575	20	,159	,170	76
Condição Socioeconómica Global_A	,062	,577	84	,071	,520	84	-,104	,662	20	-,218	,058	76
Motivo Solicitação de Ingresso Global_R	-,017	,876	83	,023	,834	83			20	,080	,496	75
Motivo Solicitação de Ingresso Global_A	-,052	,644	81	-,080	,478	81	-,339	,144	20	-,085	,475	73
Contacto Privilegiado Global_R	,021	,850	82	,054	,633	82	-,206	,383	20	,145	,217	74
Contacto Privilegiado Global_A	,033	,765	82	,009	,939	82	-,153	,519	20	-,010	,932	74
Rede de Suporte Global_R	-,067	,543	84	-,099	,369	84	,275	,240	20	,182	,116	76
Rede de Suporte Global_A	,071	,521	83	,068	,542	83	,058	,809	20	-,097	,408	75
Prestador de Cuidados Global_R	-,048	,662	84	-,062	,577	84	-,037	,877	20	,291*	,011	76
Prestador de Cuidados Global_A	,080	,473	83	,042	,708	83	-,269	,251	20	-,097	,407	75
Condições Habitacionais Global_R	-,021	,851	84	,013	,907	84	-,250	,287	20	,150	,195	76
Condições Habitacionais Global_A	,205	,063	83	,177	,110	83	-,305	,191	20	-,175	,133	75
IAI Global_R	-,014	,896	84	-,011	,924	84	,198	,403	20	,088	,447	76
IAI Global_A	-,023	,833	83	-,051	,647	83	,228	,333	20	,044	,707	75
Info. Ref. Prod. Enfermeiro Global_R	0,000	1,000	84	-,027	,806	84	,079	,739	20	,000	,998	76
Info. Ref. Prod. Enfermeiro Global_A	,128	,248	83	,093	,403	83	,094	,695	20	-,166	,156	75
Info. Ref. Prod. Médico Global_R	-,078	,482	84	-,074	,501	84	,015	,951	20	,124	,287	76
Info. Ref. Prod. Médico Global_A	,089	,426	83	,056	,615	83	-,087	,716	20	-,017	,888	75
Info. Ref. Prod. TSSS Global_R	,090	,417	84	,075	,495	84	,134	,574	20	,149	,199	76
Info. Ref. Prod. TSSS Global_A	,079	,478	83	,032	,777	83	,038	,874	20	,036	,762	75

** . Correlação significativa ao nível de 0.01 (bi-caudal).

* . Correlação significativa ao nível de 0.05 (bi-caudal).

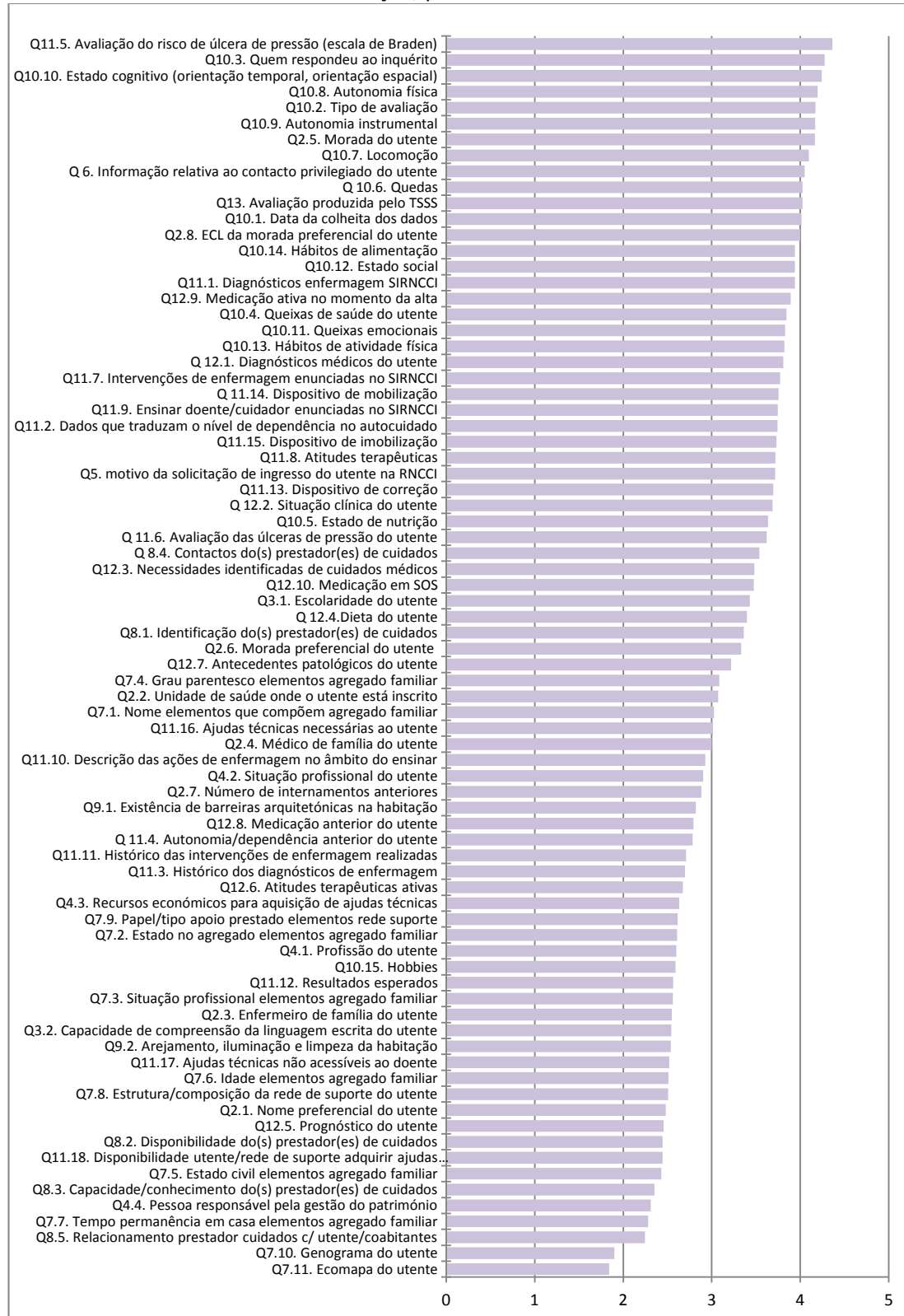
ANEXO XII
ITENS DE INFORMAÇÃO, POR ORDEM DECRESCENTE DE
RELEVÂNCIA

GRÁFICO 11: Itens de Informação, por ordem decrescente de relevância



ANEXO XIII
ITENS DE INFORMAÇÃO, POR ORDEM DECRESCENTE DE
ACESSIBILIDADE

GRÁFICO 12: Itens de Informação, por ordem decrescente de acessibilidade



ANEXO XIV
ITENS DE INFORMAÇÃO AVALIADOS

GRÁFICO 13: Itens de Informação avaliados

