



**Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de
Portalegre**



Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Para obtenção do grau de Mestre
Orientador: Prof. Doutor Adriano Pedro

INTRODUÇÃO DA LINGUAGEM CIPE® NA MATERNIDADE DR. FRANCISCO FEITINHA NOS FOCOS GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PARTO

Sara Mourato nº317

**Fevereiro
2012**

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Adriano Pedro

Introdução da linguagem CIPE® na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, nos focos gravidez, trabalho de parto e parto

Sara Mourato nº317

Fevereiro

2012

RESUMO

Os sistemas de informação têm cada vez mais importância nos serviços de saúde. Sistemas de informação eficientes, permitem a maximização da gestão dos serviços promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados.

A ordem dos enfermeiros sugere a implementação de sistemas de registos que englobem necessidades de cuidados, intervenções de enfermagem e resultados dessas mesmas intervenções. A associação portuguesa de enfermeiros faz referência à importância de uma linguagem comum entre os enfermeiros.

A linguagem CIPE® *“é uma classificação de fenómenos, intervenções e resultados a nível da enfermagem. Pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados em enfermagem”* (CIE,2000:11)

A adaptação da linguagem CIPE à gravidez, trabalho de parto e parto, é uma mais-valia no que concerne á realização de registos de qualidade que permitam uma linguagem comum, abrangente e facilitadora da comunicação entre os enfermeiros, e entre estes e outros profissionais de saúde.

Através da consulta de bibliografia, dos manuais CIPE® disponíveis, de documentos existentes no serviço, dos processos clínicos e pelos conhecimentos adquiridos durante a especialização de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, foi feito o levantamento dos fenómenos, diagnósticos e intervenções de enfermagem em relação aos focos gravidez, trabalho de parto e parto, para futura introdução no sistema informático, tendo em conta as actividades mais frequentes na maternidade para estes focos. A definição de uma Linguagem uniforme a ser utilizada por todos os enfermeiros do serviço, levou a um esforço conjunto da equipa de enfermagem e chefia.

Este trabalho continua em curso, uma vez que as actividades que se realizam na maternidade têm que ser todas parametrizadas, o que torna o trabalho de parametrização um pouco mais moroso. Os dados só serão introduzidos no sistema depois da parametrização de todas actividades do serviço. Após a introdução dos dados no sistema informático e da linguagem CIPE perfeitamente adaptada à realidade da maternidade, é nossa convicção que a economia de tempo e a desburocratização dos registos libertará os profissionais para uma relação enfermeiro/utente que se pretende mais humana.

PALAVRAS-CHAVE: CIPE, Gravidez, Parto, Registos

SUMMARY

Information systems are increasingly important in health services. Efficient information systems enable the maximization of managing services promoting the improvement of quality of care.

The order of nurses suggests the implementation of systems of records covering the needs of care, nursing interventions and results of these same interventions. The Portuguese Association of nurses makes reference to the importance of a common language among the nurses.

The language CIPE ® rating “*is a phenomena, interventions and results at the level of nursing. Want to be a unifying array in which taxonomies and classifications of existing nursing can lay, so compare data in nursing.*” (CIE .2000: 11).

Adapting to pregnancy, language CIPE labour and delivery, is an added value in terms of achievement of quality records that allow a common language of communication between comprehensive facilitator, nurses and other health care professionals.

Through consultation, bibliography of books available, CIPE ® of existing documents, clinical service processes and knowledge gained during the specialization of maternal health nursing and obstetrics, was made the lifting of the phenomena, nursing diagnoses and interventions in relation to outbreaks of pregnancy, labour and delivery, for future introduction into the computer system, taking into account the activities most frequently asked in parenting to these outbreaks. The definition of a uniform Language to be used by all service nurses, led to a joint effort between the nursing staff and leadership.

This work is still in progress, since the activities that take place in maternity must all be parameterized, which makes the job a little longer parameterization. The data shall be entered in the system after parameterizing all service activities. After the entry of the data in the computer system and perfectly adapted to language CIPE reality of parenting, it is our belief that the economy of time and red tape will release records to a relation of nurse practitioners/wearer to be more humane.

KEYWORDS: CIPE, Pregnancy, Childbirth, Records

Abreviaturas e Siglas

APE – Associação Portuguesa de Enfermeiros
BAI – Bolsa amniótica íntegra
bpm – Batimentos por período
C° - Graus Celcius
CE – Conselho de enfermagem
CIE – Conselho Internacional de Enfermeiras
CIPE® – Classificação internacional para a Prática de Enfermagem
Cm - Centímetros
Dr. – Doutor
Dr^a - Doutora
EESMO – Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia
f – folha
FCF – Frequência cardíaca fetal
GS – Grupo de sangue
HTA – Hipertensão Arterial
ICNP – International Classification for Nursing Practice
IGIF – Instituto de gestão informática e financeira da saúde
ISO – International organization for standardization
IVG – Interrupção voluntária de gravidez
N° - Número
OE – Ordem dos enfermeiros
pag. – Página
PNS – Plano Nacional de Saúde
ppm – Pulsações por minuto
REBA – Ruptura espontânea de bolsa amniótica
REPE – Regulamento do exercício profissional do enfermeiro
SI – Sistema de Informação
SNC – Sistema nervoso central
TI – Tecnologias de Informação
TP – Trabalho de parto

ÍNDICE

| | f. |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 06 |
| 1 - FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL..... | 09 |
| 1.1 - DA QUALIDADE DOS CUIDADOS À GESTÃO DA QUALIDADE..... | 09 |
| 1.2 - INFORMAÇÃO, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E REGISTOS DE ENFERMAGEM..... | 12 |
| 1.3 - A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM..... | 18 |
| 1.4 – A LINGUAGEM CIPE® NOS FOCOS, GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PARTO..... | 22 |
| 2 - METODOLOGIA..... | 30 |
| 2.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO..... | 30 |
| 2.2 - FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS..... | 31 |
| 2.3 – A EXECUÇÃO | 32 |
| 2.4 - PREVISÃO DA AVALIAÇÃO..... | 36 |
| 3 - ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DEFINIDOS..... | 38 |
| 4 - A LINGUAGEM CIPE® NA MATERNIDADE..... | 45 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 52 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 54 |
| APÊNDICES | 56 |
| APÊNDICE I – Representação Esquemática do Sistema..... | 57 |
| Quadro I – Fenómenos de registo obrigatório..... | 58 |
| Quadro II – Fenómenos decorrentes das actividades de vida diárias..... | 59 |
| Quadro III – Fenómeno Gravidez..... | 60 |
| Quadro IV – Fenómeno Trabalho de Parto..... | 61 |
| Quadro V – Fenómeno Nascimento..... | 64 |
| Quadro VI – Fenómenos relacionados com patologia..... | 64 |

INTRODUÇÃO

A proposta de trabalho sugerida no âmbito do primeiro curso de mestrado em enfermagem, especialização em gestão de unidades de saúde, foi a realização de um estágio cujos objectivos se prendem com o desenvolvimento de competências específicas nesta área. O projecto de estágio já realizado e entregue descreveu actividades e objectivos a pôr em prática e serviu de linha orientadora para a realização do estágio já efectuado e do presente relatório.

A evolução tecnológica tem-se feito a um ritmo vertiginoso ao longo das últimas décadas, as constantes mudanças sociais e avanços científicos, levam-nos a viver numa sociedade de mudança. O plano nacional de saúde 2010/2016 faz referência à implementação de sistemas de informação nos serviços de saúde, devendo por isso haver *“por parte das organizações de saúde (...), a criação de um ambiente favorável à sua implementação e consolidação para que os projectos se tornem parte da rotina, em vez de entrarem em conflito com ela, com repercussões a nível dos cuidados prestados”* (Plano Nacional de Saúde 2010/2016: 46).

Os sistemas de informação associados aos registos de Enfermagem são uma mais-valia na organização e continuidade dos cuidados, tendo em conta a procura permanente da excelência no exercício profissional. A Ordem dos Enfermeiros sugere como elementos importantes na organização dos cuidados *“a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente (...) as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.”* (Ordem dos enfermeiros,2001:15). Segundo a associação portuguesa de enfermeiros (APE), *“A existência de uma linguagem comum numa área do conhecimento é uma das condições essenciais para que esse conhecimento seja considerado uma ciência, e para que essa ciência seja aceite no seio da comunidade científica.”* (CIE,2000:3). A classificação internacional para prática de Enfermagem (CIPE®), deveu-se ao esforço de um grupo de Enfermeiras reunidas pelo CIE, que ao longo de uma década *“estudaram e investigaram a prática de Enfermagem.”* (CIE,2000:3).

Os cuidados de Enfermagem têm evoluído grandemente ao longo dos tempos. A enfermagem de saúde materna e obstetrícia não é excepção e representa actualmente um percurso profundamente enraizado na sociedade que evolui através da actividade milenar de parteira, e que se identifica a nível europeu com os seus congéneres. Possui um valor e uma representação social além-fronteiras, que se afirma e consubstancia pelo desempenho das suas

actividades. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de saúde materna e obstetrícia estão na primeira linha da prestação de cuidados, e da detecção das complicações, permitindo a actuação de urgência em tempo útil, evitando ou minimizando assim, sequelas irreversíveis.

O Hospital Dr. José Maria Grande introduziu recentemente nos serviços o sistema informático com linguagem CIPE®, ficando a Maternidade com o sistema instalado a título experimental. Sendo a obstetrícia uma área muito específica da enfermagem, a informatização dos serviços pode facilitar a prestação de cuidados nesta área desde que a linguagem e o sistema implementado estejam adaptados às necessidades da especialidade em questão.

Em Entrevista à revista da ordem dos enfermeiros a Dr.^a Carmen Pignatelli, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, refere sobre a linguagem CIPE® que *“Não é demais lembrar a importância de um instrumento desta natureza para a qualificação da prestação dos cuidados de enfermagem, introduzindo uma maior racionalidade na intervenção dos enfermeiros e facilitando a medição e a avaliação dos resultados do seu trabalho.”* (OE, 2000:10).

Os sistemas de informação têm cada vez mais importância nos serviços de saúde. Sistemas de informação eficientes, permitem a maximização da gestão dos serviços promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados. Sendo a contenção de custos uma tendência cada vez mais presente nas políticas actuais, a existência de sistemas que melhorem a eficiência e optimizem a gestão de recursos, bem como promovam a gestão contínua da qualidade dos cuidados prestados, assumem um papel primordial nos serviços. Os enfermeiros gestores têm responsabilidade crescente em relação às decisões públicas, no que concerne à mobilização de fundos e investimentos para a crescente investigação na profissão tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde. Os cuidados de enfermagem são decisivos para a redução do tempo de internamento dos utentes, prevendo assim a eficiência e eficácia na gestão dos serviços de saúde.

Segundo o artigo 9º do REPE os enfermeiros contribuem, *“no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados.”* (REPE,1996:5). O Enfermeiro gestor é também responsável pela introdução de novas tecnologias nos serviços que visem o avanço dos cuidados de enfermagem e o incremento de metodologias de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e que garantam a qualidade dos cuidados prestados.

Após a realização do projecto de estágio e do respectivo estágio, que decorreu de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011, na Maternidade Dr. Francisco Feitinha do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre e que teve como objectivos:

Objectivo geral:

- Desenvolver competências específicas em Enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Objectivos específicos:

- Resolver problemas numa perspectiva de integração e interdisciplinar;
- Utilizar os conhecimentos teóricos actualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional e para a investigação aplicada;
- Formular uma opinião independente relativamente a novos desenvolvimentos, baseando-se em conhecimentos ao mais alto nível;
- Efectuar escolhas lógicas, baseadas em pressupostos previamente validados, e de as fundamentar teórica e metodologicamente;
- Criticar acerca dos resultados obtidos e dos métodos de solução utilizados;
- Reflectir sobre os problemas de natureza ética e normativa e as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.

Surge agora a efectivação do relatório de estágio que tem como objectivos principais:

- Analisar criticamente os objectivos de estágio;
- Constituir elemento de avaliação com vista a obtenção do grau de mestre.

Após esta breve introdução, este documento contém o primeiro capítulo que inclui a fundamentação conceptual, da qual fazem parte os capítulos: Da qualidade dos cuidados à gestão da qualidade; Informação, sistemas de informação e registos de enfermagem; A classificação internacional para a prática de enfermagem; O sistema CIPE® nos focos gravidez trabalho de parto e parto. O segundo capítulo diz respeito à metodologia. O terceiro inclui a análise dos objectivos definidos e o quarto capítulo diz respeito ao sistema CIPE® na Maternidade. Finalmente o quinto capítulo relata as considerações finais.

O presente relatório foi elaborado segundo as normas em vigor na Escola Superior de saúde da Portalegre.

1 - FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL

1.1 – DA QUALIDADE DOS CUIDADOS À GESTÃO DA QUALIDADE

O plano Nacional de saúde 2010/2016 reconhece a importância das diferentes equipas prestadoras de cuidados, da sua articulação e dos equipamentos cada vez mais sofisticados, utilizados em prol do benefício dos utentes garantindo assim os cuidados de saúde de que estes necessitam em tempo útil. *“Esta interface entre serviços e profissionais com culturas, ópticas, pressupostos e abordagens distintas tem vindo a ser progressivamente mais valorizada e vai obrigar a um planeamento conjunto de necessidades de cuidados de saúde e de respostas institucionais, com sistemas de informação comunicantes e integrados.”* (PNS 2010/2016:5). Isto leva-nos a reflectir como a Enfermagem poderá responder às solicitações constantes, resultantes da evolução e diferenciação cada vez maior dos cuidados de Enfermagem. Esta evolução tem conduzido à necessidade de nós enfermeiros fazermos um exame introspectivo assim como interrogarmo-nos sobre como melhorar e aumentar as nossas competências. A boa prestação de cuidados prende-se também com a tentativa de aprender e obter o máximo de conhecimentos e competências, com o máximo de qualidade nos cuidados que se prestam, e com o máximo de responsabilidade em relação aos actos que se praticam.

Segundo Mosser, os utentes são os principais receptores de cuidados de Enfermagem. A melhoria contínua dos cuidados pretende ser centrada no utente, visando por isso a satisfação das suas necessidades enquanto consumidores de cuidados de saúde, que procuram *“ser curados das suas doenças e encontrar o alívio nos sintomas a elas associados, mas querem igualmente compaixão humana, um serviço com delicadeza, acesso oportuno aos cuidados de saúde, e custos suportáveis.”* (Mosser,2000:21). Segundo Larson, *“Uma das razões pela qual é muitas vezes difícil para o doente avaliar a qualidade dos serviços de saúde é a sua falta de conhecimentos médicos. Contudo o que eles podem avaliar é por um lado o resultado do tratamento, e por outro lado a forma como foram tratados enquanto consumiam os serviços.”* (Larson,2000:73).

Para Nascimento a qualidade deve ser vista de dois ângulos, por um lado a qualidade externa, e por outro lado a qualidade interna. A qualidade externa está ligada à óptica do utente, relativamente à oferta de serviços. Serviços esses que deverão ter em conta a satisfação das suas necessidades. Relativamente à qualidade interna está ligada *“a questões de rentabilidade quer pela via dos custos, quer pela via do mercado.”* (Nascimento, 2000:55).

Mas a qualidade interna também é medida pelos sentimentos dos profissionais que podem ser mais ou menos produtivos quantitativa e qualitativamente. Quando esses profissionais se tornam mais produtivos e mais leais para com a organização, estão criadas condições para a qualidade externa do serviço, devido a *“uma relação positiva e de esforço constante entre a satisfação, capacidades, produtividade e lealdade.”* (Nascimento, 2000:56). Também Rascão refere qualidade como sendo *“a capacidade de produzir bem á primeira vez, de acordo com as necessidades dos clientes. É antes de tudo um problema de atitude, de esforço contínuo de melhoria e constitui um factor de competitividade decisivo.”* (Rascão,2004:101). A excelência dos serviços está ligada à qualidade total, tendo em conta o trinómio prazo/qualidade/preço. Uma instituição gerida na óptica da qualidade total disponibiliza os serviços que vão ao encontro das necessidades e da satisfação dos utentes.

Segundo o Conselho de Enfermagem *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional”* (CE,2001:4), daí a importância da definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *“Nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.”* (CE,2001:4). A qualidade dos cuidados de enfermagem passa também por uma reflexão nos próprios cuidados, em relação ao que está a ser feito e como se pode melhorar. Aprovar projectos de qualidade não é suficiente, é necessário implementá-los e excluir tudo o que não beneficie os utentes. *“As instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma a que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.”* (CE,2001:5).

Foram seis as categorias de enunciados descritivos de qualidade, definidos pela Ordem dos Enfermeiros incluídos nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, com o objectivo de ajudar a *“precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes.”* (OE,2001:11). Na satisfação do cliente: o enfermeiro procura satisfazer ao máximo as necessidades do utente, respeitando as suas crenças, valores, desejos, interagindo de forma empática, e minimizando o impacto negativo que as mudanças de ambiente exercem sobre ele. Na promoção da saúde: O enfermeiro ajuda o utente a obter *“o máximo potencial de saúde”* (OE,2001:12) promovendo estilos de vida saudáveis. Na prevenção de complicações: o enfermeiro previne complicações identificando-as rapidamente dentro da sua área de competências, prescrevendo intervenções de enfermagem de acordo com o problema identificado, bem como referenciando as situações que fogem à sua área de competências para outros profissionais. Além de se responsabilizar

pelas suas decisões, pelos actos que pratica e delega. No bem-estar e autocuidado: o enfermeiro *“complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.”* (OE,2001:14). Na readaptação funcional: *“o enfermeiro em conjunto com o utente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.”* (OE,2001:14). É fundamental a continuidade dos cuidados de enfermagem, o planeamento da alta tendo em conta os recursos da comunidade e a capacidade do utente ou família em cumprir o regime terapêutico. Na reorganização dos cuidados de enfermagem: *“o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”* (OE,2001:15), tendo em conta o quadro de referências para o exercício profissional, o sistema de melhoria contínua, *“a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.”* (OE,2001:15). As seis categorias de enunciados descritivos de qualidade acima referidos têm em conta a *“procura permanente da excelência no exercício profissional.”* (OE,2001:15).

Couto e Pedrosa referem como atributos de qualidade *“a efectividade, a eficiência, a optimização, a aceitabilidade, legitimidade e equidade”*. Considerando a eficácia como a *“capacidade de um sistema de saúde de melhorar o resultado de interesse quando aplicado em circunstancias óptimas”*, a efectividade como a *“capacidade de um sistema de saúde melhorar o resultado de interesse quando aplicado em circunstancias rotineiras”* a eficiência como *“a medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde”* a optimização como *“o ponto máximo da relação entre os benefícios dos cuidados de saúde e os seus custos”* a aceitabilidade como *“a adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores dos doentes e suas famílias”* a legitimidade como *“a aceitabilidade dos cuidados de saúde pela sociedade e comunidade”* e a equidade como *“o grau de justiça na repartição dos cuidados de saúde e dos seus benefícios entre os membros de uma população.”* (Couto e Pedrosa,2003:125).

Na óptica dos profissionais de saúde a tendência é para que a qualidade do serviço seja vista em termos da prestação de cuidados adequados, bem como da habilidade profissional e resultados esperados relativamente ao tratamento. Segundo a Ordem dos Enfermeiros os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem passam também pela *“satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; pelo número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; pela existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; e pela*

utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.” (OE; 2001:15).

O modelo de gestão da qualidade é definido por um conjunto de normas técnicas designadas pela expressão ISO 9000 (*International Organization for standardization*), cuja função é normalizar produtos e serviços, com vista à melhoria contínua da sua qualidade.

Segundo José Rascão *“As normas internacionais ISO 9000 dão aos gestores uma ajuda preciosa para o estabelecimento do sistema de qualidade.”* (Rascão,2004:190). As normas ISO conferem às organizações elementos que aumentam a sua competitividade como organização, produtividade e credibilidade.

Em suma Cuidados de enfermagem de qualidade são aqueles que são prestados segundo as normas e procedimentos técnicos, que vão ao encontro das necessidades dos utentes conduzindo à sua satisfação e correspondendo às suas expectativas. Sendo a melhoria da qualidade dos produtos ou serviços o objectivo de qualquer organização, os sistemas de informação são uma mais-valia no que concerne ao alcançar desses mesmos objectivos como refere Rascão. (Rascão,2004)

1.2 – INFORMAÇÃO, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E REGISTOS DE ENFERMAGEM

Os sistemas de informação têm vindo progressivamente a fazer parte das unidades de saúde, tentando acompanhar a evolução a nível tecnológico exigida para a boa prestação de cuidados. *“Antes da implementação de qualquer SI devem ser escolhidos os principais indicadores de qualidade nos cuidados de saúde sobre os quais se prevê que o SI poderá incidir, e aqueles em que se pode repercutir negativamente, e avaliar esses indicadores antes e depois da sua implementação.”* (PNS 2010/2016:47).

Segundo Rascão o mundo global em que vivemos e no contexto competitivo actual é imperativa a necessidade de ter informação qualitativa e quantitativa actualizada que exponha a evolução da organização, que supere a orientação operativa de curto prazo e adquira uma dimensão estratégica. A informação tem grande valor, mas deve ser pertinente, ou seja deve relacionar-se com os dados e ser importante para a pessoa que a recebe. Deve ser oportuna estando disponível para a pessoa certa no momento certo. Deve ser exacta de forma a não perder o interesse. Deve reduzir a incerteza para que não haja dúvidas na tomada de decisão. Deve ser usada para obter vantagens competitivas (elemento surpresa). E deve estar acessível,

para que se possa obter em tempo útil e ser usada com eficiência. *“O armazenamento electrónico torna a informação muito mais facilmente acessível do que a tecnologia do lápis e do papel.”* (Rascão,2004:36).

Os gestores têm necessidade de informação desde sempre. Essa necessidade poderá variar em função das características da organização, do modelo de gestão utilizado, e da evolução do meio em que opera a organização. Os diferentes gestores têm acesso a informação pertinente sobre as actividades da organização, assim como os desvios em relação à planificação dessas mesmas actividades, através dos sistemas de informação. Esta informação pode ser usada para supervisionar as diferentes actividades da organização, e para ajudar na tomada de decisão, com vista a alcançar os objectivos definidos. No entanto o recurso informação necessita ser gerido e correctamente usado e interpretado, com vista a apoiar a tomada de decisão. Com a evolução dos sistemas de informação muitos foram os investimentos que se fizeram em sistemas informáticos, sem que estes fossem devidamente rentabilizados, pois *“nem sempre ajudaram a resolver os problemas da recolha, tratamento, selecção e apresentação da informação.”* (Rascão,2004:74). Os sistemas de informação transformam dados em informação útil. *“Ao computador compete a recolha/captação dos dados, a transmissão, armazenamento, manipulação e visualização dos dados, cabendo ao homem o controlo do processamento dos dados, a comunicação das ideias e das informações, a tomada de decisão e pensar/criar.”* (Rascão,2004:48). A tomada de decisão é apoiada pelos dados armazenados e arquivados que traduzem factos ou eventos.

Os computadores necessitam sempre de pessoas para serem programados e para funcionarem, mas são uma preciosa ajuda no que concerne á manipulação de dados. São em regra mais eficientes do que os humanos na manipulação de dados, transformando-os em informação útil. Essa informação poderá ser transformada em conhecimento.

“Um bom entendimento do uso dos SI e das tecnologias de informação (TI) ajudará a iniciar projectos com expectativas mais realistas, desenvolver melhores planos, trabalhar com mais eficiência e realizar mais tranquilamente a implementação da estratégia do negócio, visto que a tecnologia permite processar mais rapidamente a informação, proporcionando aos gestores o acesso a mais e melhor informação.” (Rascão,2004:33).

A informação está disponível de uma forma permanente, sobre as várias situações da organização acompanhando a sua evolução diária e apoiando os gestores na tomada de decisão. Segundo Ribeiro *“Os sistemas de informação abrangem três componentes básicos: as pessoas, os processos e as tecnologias.”* (Ribeiro,2003:216). Os sistemas de informação são programados e geridos por pessoas para serem utilizados por pessoas. É aos utilizadores

finais que cabe o papel de definir os sistemas que deverão ser criados, *“já que os mesmos são especialistas no problema a ser resolvido e posteriormente utilizarão o sistema de forma rotineira.”* (Ribeiro,2003:216).

O investimento em tecnologia por si só não gera sistemas de informação adequados. Há que ter em conta programas, processos e pessoas. Pessoas pouco motivadas, e sem treinamento adequado poderão prejudicar todo o sistema ou simplesmente fugir à sua utilização. Também os processos deverão ser tidos em conta, pois *“se não forem estudados, revistos e até refeitos, o sistema de informação reflectirá a desorganização com que são realizadas as tarefas.”* (Ribeiro,2003:216). *“As tecnologias de informação e da comunicação permitem o armazenamento, o tratamento e a circulação dos fluxos de informação, pelo que não se pode confundir a tecnologia do processo (hardwere) e a do produto (softwere) com o produto (informação). ”* (Rascão,2004: 27). Segundo Rascão, *“A informação ajuda os gestores a tomar decisões, seja qual for a tecnologia de suporte”* (Rascão,2004:27), mas é essencial diferenciar entre informação para a gestão e tecnologias de informação, não esquecendo que existem vantagens competitivas quando se usam as tecnologias de informação e comunicação como suporte do sistema de informação.

“Os SI podem proporcionar melhor recolha de dados/informações, ajudar a gerar/criar soluções alternativas, a avaliar estas e a encontrar a melhor solução.” (Rascão,2004:37).

“Objectivos de um sistema de informação:

- *Recolher, seleccionar, tratar e analisar os dados capazes de serem transformados em informação que pode apoiar os gestores na tomada de decisão.*
- *Proporcionar regularmente a informação operacional requerida pelos gestores operacionais de forma a assegurar o funcionamento do dia-a-dia da organização.*
- *Proporcionar de forma regular a informação aos gestores intermédios, de modo a coordenarem as actividades da sua área de responsabilidade, para atingir os objectivos e tomarem as decisões de corrigir os eventuais desvios.*
- *Proporcionar de forma regular e/ou irregular a informação aos gestores de nível intermédio e de topo, de modo a permitir-lhes tomar as melhores decisões acerca do futuro da organização.*
- *Acrescentar valor à organização. Isto significa que o sistema de informação da organização se relacionará com sistemas de informação externos, tais como, com os dos seus clientes e fornecedores, criando assim benefícios e proporcionando melhor informação.* (Rascão,2004:44)

Principais benefícios dos sistemas de informação:

- Redução de custo*
- Aumento da produtividade*
- Redução do risco na tomada de decisão*
- Melhoria da qualidade dos produtos e/ou serviço*
- Aumento da eficiência e da eficácia*
- Motivação dos recursos humanos*

Os sistemas de informação não são estáticos, envolvendo na sua mudança as pessoas, a informação e/ou a tecnologia. Não é surpresa nenhuma nos dias de hoje, que tudo está em mudança e, que a internacionalização e a mundialização dos mercados impõem novas concepções às organizações e à sociedade.”(Rascão,2004:45)

A comunicação e o processo de tomada de decisão podem ser otimizados pelos sistemas de informação uma vez que “*são dois problemas muito sérios para a eficiência e eficácia das organizações.*” (Rascão,2004:45). Segundo Oliveira “*Nenhuma outra tecnologia revolucionou o mundo como a tecnologia da informação*”. Uma visão pessimista desta era faz prever a dependência dos cidadãos a um sistema “*intangível, inodoro, invisível e de difícil quantificação ou valorização*”. No entanto a sociedade em que vivemos parece mais cuidadosa e produtiva, disponibilizando “*o que de mais essencial existe para a nossa actuação: a informação.*” (Oliveira,2000:168).

Tal como em todas as organizações, também nas que prestam cuidados de saúde, a informação assume um papel muito importante. Daí a crescente preocupação com sistemas de informação que melhorem a gestão dos serviços de saúde. O envolvimento dos profissionais de saúde no desenvolvimento de sistemas de informação, leva á utilização racional e eficiente dessa mesma informação e conseqüentemente à melhoria dos cuidados de saúde. É necessário o acesso rápido e eficaz de todos os profissionais de saúde à informação gerada pelos enfermeiros. Segundo Marin “*a informação é hoje o maior recurso de que se dispõe para alcançar o crescimento e desenvolvimento e com isso viabilizar o futuro.*” (Marin, 1995:25). No entanto o recurso informação deve ser gerido e organizado de forma a que a informação documentada seja definida com clareza, para que possa ser partilhada entre as diferentes áreas. A melhoria da qualidade dos cuidados passa pela optimização dos fluxos de informação. O investimento em tecnologia será ineficaz se os seus utilizadores não estiverem interessados no seu propósito, gerar informação. Os dados produzidos devem ser transformados em informação útil, sob pena de decisões importantes serem tomadas sem a informação necessária. Um sistema de informação global de saúde pode facilitar a partilha de informação com outros profissionais. No entanto muita da informação gerada pelos enfermeiros é de natureza informal, daí que nem toda essa informação é adequada para automatizar ou partilhar e apenas uma parte pode ser formalizada.

Os registos de enfermagem fazem parte integrante da prestação de cuidados, melhorando o bem-estar do utente assim como a qualidade dos cuidados através da partilha de informação. Já Florence Nightingale procurava obter informações sobre as utentes cuidadas pelas enfermeiras: relatos sobre a evolução, observações essenciais, descrições claras, pormenores suficientes, estatísticas claras e valores importantes e avaliação dos resultados esperados.

Os registos de enfermagem são uma forma de comunicar com a equipa, de individualizar cuidados e de facultar protecção legal. Hoje em dia a evolução e a qualidade dos registos é bem real. São no fundo um acto de promoção da qualidade dos cuidados. Os registos de enfermagem são relatórios escritos que transmitem informação essencial nomeadamente: os problemas que foram resolvidos, os comportamentos específicos do utente, as intervenções que deram resposta aos diagnósticos de enfermagem e respectiva resposta do utente, a resposta do utente à terapia médica. Em suma os registos permitem avaliar em qualquer momento a qualidade dos cuidados prestados. As notas de enfermagem são a informação que se obtém em cada turno que reproduz intervenções planeadas e realizadas. São dados que poderão servir para uma reavaliação dos problemas do utente: queixas passageiras, exames efectuados (estes não são um problema de enfermagem mas são informação importante para a continuidade dos cuidados).

Os registos devem ser precisos e globais para cada utente, transmitindo os factos ocorridos em cada período da prestação de cuidados, constituindo uma ferramenta essencial tanto para a prestação de cuidados, como para a continuidade dos mesmos. Devem por esse motivo ser elaborados correctamente e com rigor, para permitirem a individualização dos cuidados e conseqüentemente a sua melhoria. Registos exactos e atempados permitem uma visão clara e holística da evolução diária do utente possibilitando decidir em tempo útil, adequando os cuidados às necessidades do utente.

A comunicação, o planeamento de cuidados, as auditorias, a investigação, a educação, os documentos legais e os documentos históricos são objectivos dos registos de enfermagem. Os registos escritos são utilizados pelos membros da equipa de saúde para partilharem informações sobre o utente, fomentam o trabalho de equipa, permitem a avaliação dos cuidados prestados ao utente, assim como a competência de quem os presta, facilitam a recolha de informação estatística, apresentam o quadro global do utente e os seus problemas de saúde, são documentos legais que podem ser utilizados em tribunal ou como resposta a reclamações do utente, transmitem informação que pode posteriormente ser recuperada se necessário. Segundo Carpenito, *“historicamente, as enfermeiras acreditavam que quanto mais informações fossem registadas por elas, melhor seria a sua defesa legal em caso de litígio(...) no entanto, um sistema de documentação compreensivo e organizado pode registar mais dados em menos tempo e em menor espaço.”* (Carpenito, 1999:31). Além da organização e da apreciação do serviço de enfermagem que é possível obter, devido à fonte de informação que são os registos de enfermagem, estes permitem ainda aos gestores verificar as

necessidades dos serviços em termos de recursos humanos, tendo em conta as necessidades de cuidados. Os registos de enfermagem constituem um instrumento de trabalho de cariz científico, desde que sejam concretos, exactos e devidamente organizados, reforçando também a confiança entre os elementos da equipa de saúde. A informação transmitida pelos registos de enfermagem pode ser utilizada em qualquer trabalho de pesquisa, fornece dados estatísticos posteriormente utilizados por outros técnicos de saúde, com vista à melhoria de actuação ao nível das instituições, permitem protecção legal, servindo de prova em como os cuidados foram adequados e correctamente executados. A ausência de registos pode ser entendida como encobrimento de má prática de enfermagem.

As finalidades essenciais dos registos de enfermagem são: comunicar, determinar responsabilidades, colher dados, individualizar os cuidados, integrar diversos aspectos do utente, assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem, avaliar, permitir protecção legal, formular dados estatísticos, avaliar custos hospitalares.

As notas de evolução de enfermagem têm-se mantido inalteradas ao longo do tempo. São descrições narrativas sequenciais, normalmente por ordem cronológica, que relatam as intervenções de enfermagem e a resposta do utente a essas intervenções. Cabe a quem descreve a decisão de «como e o quê» deve ser descrito. Cada enfermeiro descreve os aspectos que considera importantes e necessários para a continuidade dos cuidados nos turnos ulteriores. Isto permite uma rápida visão dos cuidados que foram prestados ao utente. O facto de a narrativa ter um estilo não estruturado, pode ser visto como uma desvantagem, pois pode haver dispersão de informação ao longo do registo, o que pode tornar difícil estruturar os resultados conseguidos pelo utente, assim como comparar e quantificar resultados.

Os registos fazem parte integrante da prestação de cuidados e são um instrumento importante na sua avaliação. Segundo Carpetino

“o desenvolvimento de um sistema de documentação em enfermagem eficiente e profissional é possível no âmbito dos padrões da prática existentes. A eliminação dos registos repetitivos e narrativos na evolução pode reduzir o total de tempo despendido nos registos, produzindo uma representação mais exacta e útil da prática profissional e das respostas do cliente ou da família. Um sistema de documentação organizado, que integra o processo de enfermagem da admissão à alta com as exigências destinadas de registos, também proporciona à enfermeira uma defesa ideal na eventualidade de um processo litigioso ou de uma disputa legal” (Carpetino, 1999:49,53).

A CIPE®/ICNP assume uma linguagem comum e descreve as actividades de enfermagem no momento em que são registadas, ou seja a informação é produzida em tempo real.

1.3 – A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A Classificação Internacional para a prática de enfermagem preconiza uma linguagem comum que permite a comunicação entre todos os enfermeiros, e entre estes e outros profissionais de saúde, visando também o desenvolvimento da própria profissão. Além disso *“uma linguagem comum torna mais visível uma profissão junto da sociedade civil.”* (CIPE®/ICNP,2005:VI).

A CIPE® resultou do *“empenho de Enfermeiros de diferentes países que analisaram e avaliaram a estrutura desta classificação.”* (APE,2000:3). A primeira versão (Alfa) foi apresentada em 1996 e ao longo dos tempos foi aperfeiçoada dando origem á versão Beta, que foi apresentada pela primeira vez nas comemorações do centenário do CIE, em 1999, em Londres. A divulgação da CIPE® em Portugal esteve a cargo do Instituto de gestão informática e financeira da Saúde (IGIF), que foi também responsável pela tradução da versão beta.

Considerado um marco para o futuro a CIPE® *“é uma classificação de fenómenos, intervenções e resultados a nível da enfermagem. Pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados em enfermagem”* (CIE,2000:11), dados esses que podem ser utilizados *“para assegurar a qualidade ou promover mudanças na prática de enfermagem por meio do ensino, da gestão, da política e da investigação.”* (CIE,2000:12).

A versão beta 2 é aquela que está em vigor na maternidade palco do presente relatório, que inclui alterações no texto em relação à versão Beta, mas cuja filosofia, estrutura e organização não foram alteradas. Esta classificação que veio sendo revista e melhorada desde a sua criação, *“proporcionou uma reflexão sobre o que é enfermagem, sobre o cuidar, ajudou não só a compreender e aprofundar os cuidados de enfermagem como permitiu desenvolver os cuidados de enfermagem”*(CIPE®/ICNP versão Beta 2,2005:III), ajudando também os enfermeiros a perceber a importância dos registos.

São objectivos da Classificação Internacional para a prática de enfermagem:

- “- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem que melhore a comunicação entre as enfermeiras e entre as enfermeira e os outros;*
- Representar conceitos utilizados na prática local, por linguagens e área de especialidade;*
- Descrever os cuidados de enfermagem a pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) universalmente;*
- Permitir a comparação dos dados de enfermagem entre populações de utentes, locais, áreas geográficas e tempo;*

-Incentivar a investigação em enfermagem articulando dados disponibilizados por sistemas de informação em enfermagem e saúde;

-Fornecer dados da prática de enfermagem que possam influenciar a formação em enfermagem e as políticas de saúde;

-Projectar tendências nas necessidades dos doentes, prestação de tratamentos de enfermagem, utilização de recursos e resultados de cuidados de enfermagem.”

(CIPE®/ICNP,2005: XIII).

A CIPE® é uma linguagem abrangente, global, sensível às diferentes culturas, que promove a prática de enfermagem. Para que se possa fazer um diagnóstico de enfermagem tem que se ter em conta o «fenómeno» sobre o qual recai a intervenção, ou seja o “*aspecto de saúde com relevância para a prática de enfermagem*” (CIPE®,2005: XVI), «foco» de atenção dessa mesma prática. Os conceitos existentes nos eixos da classificação dos fenómenos de enfermagem são o ponto de partida para a elaboração de um diagnóstico. Dos oito eixos da classificação dos fenómenos, o diagnóstico deve incluir obrigatoriamente um termo do «foco» da prática de enfermagem (eixo A), que representa a área de atenção dessa prática; um termo do eixo B designado por «juízo» e que representa “*a opinião clínica (...) sobre o estado do fenómeno*” (CIPE®,2005: XVI); ou do eixo G, «probabilidade» de um fenómeno acontecer. Por exemplo «Dor» (eixo A) «extrema» (eixo B) ou «Risco» (eixo G) de «Dor» (eixo A). Só se pode incluir no diagnóstico um termo de cada eixo, tendo em conta que os restantes eixos que têm como objectivo reforçar o diagnóstico são opcionais.

Os eixos C, D, E, F e H são designados respectivamente por «Frequência» ou número de vezes que um fenómeno é repetido, «Duração» ou intervalo de tempo em que ocorre o fenómeno de enfermagem, «Topologia» ou extensão da área anatómica de um fenómeno, «Localização anatómica» de um fenómeno e «Portador» ou entidade que possui o fenómeno (individuo, família, comunidade). A título de exemplo, se forem considerados os eixos «Foco», «Juízo», «Frequência», «Topologia» e «localização anatómica» e os termos seleccionados «Dor», «Extrema», «Intermitente», «Direito» e «Pé» o diagnóstico definido será «Dor extrema intermitente no pé direito». Da mesma forma que se forem considerados os eixos «Foco», «Juízo», «Probabilidade», e «Portador», e os termos seleccionados «Dieta alimentar», «Deficiência», «Alto risco» e «Comunidade» o diagnóstico será definido como: «Alto risco de alimentação deficitária na comunidade». (CIPE®, 2005: XVII).

As intervenções de enfermagem estão ligadas às acções realizadas pelas enfermeiras na prática como resposta ao diagnóstico de enfermagem definido, com o intuito de conceber resultados de enfermagem, ou seja ganhos em saúde. Para compor uma intervenção de enfermagem, devem ser tidos em conta os eixos da classificação das acções.

Segundo a CIPE®/ICNP intervenção de enfermagem “*é uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem (...) é composta por conceitos contidos nos eixos da classificação das acções de enfermagem.*” (CIPE®,2005:XX). Os eixos das acções de enfermagem São oito e estão descritos no manual CIPE® /ICNP versão beta2. O eixo A diz respeito ao «Tipo de acção» realizada pela enfermeira. Exemplo disso são actividades como ensinar ou monitorizar. O eixo B tem a ver com o «Alvo» ou seja o objecto alvo da intervenção da enfermeira, como é caso da dor ou dos serviços domiciliários. O eixo C são os «Recursos», ou seja as ferramentas ou planos usados para desempenho da acção, como por exemplo ligaduras e/ou técnica de treino vesical. O eixo D, é o «Tempo» que designa a duração entre dois eventos como intra-operatório, pré-natal, pós-parto, etc. A «Topologia» faz parte do eixo E, e define a “*região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem. EX: esquerdo, total*” (CIPE®,2005:XX). O eixo F indica a «Localização» que tanto pode ser a localização anatómica alvo da acção de enfermagem, como o local de trabalho ou domicilio palco da acção de enfermagem, dependendo do contexto em questão. A «Via» representa o eixo G “*Trajecto através do qual se realiza uma acção de enfermagem. EX: oral, Subcutâneo*” (CIPE®,2005:XX). No eixo H inclui-se o «Beneficiário» ou seja aquele ou aqueles que beneficiam com a acção de enfermagem, podendo ser um individuo, um grupo ou uma comunidade.

As intervenções de enfermagem devem incluir um e só um termo do eixo do tipo de acção, sendo facultativos os termos de outros eixos, usados para reforçar a intervenção. Como exemplo, para o «Tipo de acção» podem ser seleccionados termos como «aliviar», «reduzir», «Ensinar», ou «Testar». Em relação ao «Alvo» podem ser utilizados termos como «Dor», «ansiedade», «Hábitos de exercício» ou «Abastecimento de água». O «Beneficiário» pode dizer respeito ao «individuo», a um «grupo» ou à «comunidade». Ao «Recurso» estão associados termos como «Embalagem fria», «Técnica de imagens guiadas», «Material de instrução», «Protocolo», etc. Conforme a descrição anterior pode-se definir como intervenções de enfermagem “*aliviar a dor do individuo através da aplicação de (...) embalagem fria*”, “*Reduzir a ansiedade do individuo através da técnica de imagens guiadas*”, “*Ensinar hábitos de exercício aos membros do grupo através de materiais de Instrução*” ou ainda “*Testar o abastecimento de água a uma comunidade usando um protocolo estabelecido.*” (CIPE®,2005:XXI). Pelas intervenções de enfermagem acima descritas, pode-se constatar que a linguagem CIPE® tem uma abrangência muito alargada,

incluindo todos os fenómenos e todas as intervenções de enfermagem possíveis de serem descritas num qualquer contexto e numa qualquer comunidade.

Os resultados de enfermagem são o estado de um diagnóstico, após a intervenção de enfermagem, estado esse que é avaliado ou medido em intervalos de tempo. *“Os resultados de enfermagem são assumidamente resultantes das intervenções de enfermagem”* (CIPE®,2005: XVII), que podem ser alteradas ou revistas de forma a melhorar esses resultados. Com esta avaliação a CIPE®/ICNP pretende identificar os ganhos em saúde resultantes apenas dos cuidados de enfermagem isoladamente, contribuindo assim para *“modelos de resultados de saúde mais amplos e genéricos.”* (CIPE®,2005: XVII).

A partir de uma avaliação inicial do utente poderão ser definidos os fenómenos de enfermagem conforme as necessidades de cuidados, levando a diagnósticos de enfermagem que por sua vez exigem intervenções, no sentido de melhorar ou resolver o diagnóstico definido. Se para um diagnóstico inicial de «Dor crónica severa», for definida uma intervenção de enfermagem, que após a medição dos resultados, leva à definição de um segundo diagnóstico de «Dor crónica moderada», então pode dizer-se que a intervenção de enfermagem produziu resultados positivos. Neste caso pode ser definida nova intervenção, que vai produzir um novo resultado, que por sua vez poderá dar origem um novo diagnóstico, permitindo assim uma avaliação dos cuidados de enfermagem ao longo do tempo.

Os resultados de enfermagem devem incluir um termo do eixo do foco da prática de enfermagem e um termo do eixo do juízo ou da probabilidade. Os termos de outros eixos que tenham por objectivo reforçar o diagnóstico são opcionais. Após o início das intervenções deve ser estabelecido um ponto no tempo para avaliar o resultado dessas intervenções.

De referir que as necessidades dos utentes são a base dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro prestador de cuidados é o primeiro gestor desses mesmos cuidados, devendo ter em conta as prioridades e documentar todas as suas intervenções. Dessa forma é evidenciada a prática real dos cuidados de enfermagem. Com a linguagem CIPE® essa documentação torna-se mais fácil, mais rápida, mais abrangente e disponível em tempo útil.

1.4 – A LINGUAGEM CIPE® NOS FOCOS GRAVIDEZ, TRABALHO DE PARTO E PARTO

Para chegarmos a uma definição objectiva das actividades inerentes ao profissional de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, muitas mudanças ocorreram ao longo da história, ao nível dos cuidados de saúde materna. Muitas destas mudanças ocorreram, em grande medida, devido aos avanços tecnológicos e científicos. Ao vivenciarmos o cuidar na área da saúde materna e obstetrícia, tornamo-nos profissionais com um espaço único no âmbito da saúde ao serviço da mulher e da maternidade. O percurso destes profissionais vem, desde a antiguidade até aos nossos dias, evoluindo até ao momento em que se exerce a actividade com autonomia e responsabilidade. O investimento em bons cuidados de enfermagem especializados durante a gravidez, parto e pós-parto, contribui para modificar significativamente, não apenas a saúde individual de cada mulher e dos filhos mas, também a de toda a sociedade, isto é, “*a prosperidade de uma sociedade reside na saúde das suas mulheres e crianças.*” (BOBAK, 1999:3). Provavelmente em nenhuma outra altura as pessoas tiveram tantas expectativas acerca da gravidez e do parto como hoje. Os progressos a nível de cuidados obstétricos deram origem a grandes expectativas, na mulher, acerca do trabalho de parto (TP) e da qualidade de cuidados de que será objecto. As taxas de mortalidade perinatal e materna são as mais baixas de sempre. Esta redução deve-se em parte a uma melhoria da política social, na qual se inclui a habitação, a educação, a nutrição e o Serviço Nacional de Saúde. Por outro lado, os progressos nos conhecimentos profissionais de obstetras e enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia (EESMO) deram origem a uma maior compreensão da fisiologia, patologia e farmacologia dos aspectos relacionados com a gravidez e o parto. O papel da EESMO é o de prestadora de cuidados, que comunica, aconselha, educa e é também o membro de uma equipa multidisciplinar. Isto exige que a EESMO se mantenha actualizada em questões profissionais, de modo a que os cuidados prestados sejam de níveis adequados a uma determinada comunidade. Ter conhecimento sobre o que é normal é de fundamental importância, permitindo assim, que a EESMO possa reconhecer rapidamente o que é patológico e actuar em conformidade.

No fundo, o conjunto de actividades que uma profissão desenvolve, atribui-lhe a força para o reconhecimento da sua capacidade e poder (competência), a sua idoneidade. Também para ZIEGEL E CRANLEY, “*a enfermeira precisa ser capaz de determinar as necessidades*

físicas e emocionais da gestante durante o trabalho de parto (...) satisfazendo-as através da assistência individualizada.” (Ziegel E Cranley,1996:360).

A compreensão do sistema SAPE com linguagem CIPE® e a sua adaptação á gravidez, trabalho de parto e parto, pode ser uma mais-valia para a realização de registos adequados, para a prestação de cuidados de saúde obstétricos de qualidade, e para a continuidade dos mesmos. A utilização da CIPE® permite a emissão de indicadores dos cuidados, a sua desburocratização evitando a duplicação de informação. Permite economia de tempo, libertando os profissionais para uma relação que se pretende mais humana. O desenvolvimento da investigação em enfermagem, a monitorização contínua da qualidade, a promoção da formação e a influência relativa ao financiamento e tomada de decisão em relação às políticas de saúde, são aspectos relevantes para a utilização da CIPE®.

Sendo a CIPE® um *“instrumento de informação para descrever a prática de Enfermagem”* (CIPE®,2005:XIV,) baseada em fenómenos, intervenções e resultados medidos ao longo do tempo, os seus dados estão disponíveis para serem utilizados por aqueles que têm a seu cargo o desenvolvimento de políticas, e pretendam identificar o contributo da enfermagem para o desenvolvimento dos cuidados de saúde.

As necessidades dos utentes estão na base dos cuidados de enfermagem. Para corrigir alguma falha da linguagem CIPE® em relação a áreas muito específicas, poderão ser elaborados catálogos que facilitam a compreensão do sistema por parte dos utilizadores. *“O objectivo é desenvolver dados consistentes que descrevam o trabalho da enfermagem”* (OE,2009:9) e constituem *“uma referência de fácil acesso para os enfermeiros no seu particular contexto de cuidados, dado que apresentam subconjuntos da CIPE® para os enfermeiros que trabalham com clientes para prioridades de saúde seleccionadas.”* (OE,2009: 9).

Sendo a saúde materna e obstetrícia uma área muito específica da enfermagem, está contemplada como área de especialidade no quadro de referência para a realização de catálogos CIPE®, que simplificam a utilização do sistema informático. Para além das competências da EESMO na área da prestação de cuidados são também da sua responsabilidade a melhoria contínua da qualidade. Segundo o artigo 6º da OE o enfermeiro especialista de entre outras competências, *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* e *“concebe, gere, e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.”*

(OE,2010:4). A linguagem CIPE® pode ser uma boa ajuda para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Após pesquisa no manual CIPE®/ICNP versão Beta2, foram seleccionados alguns termos que de certa forma estão ligados às actividades realizadas na Maternidade Dr. Francisco Feitinha em relação aos focos gravidez, trabalho de parto e parto.

Desta feita para classificar os fenómenos de enfermagem, em relação ao eixo A «Foco da prática de enfermagem», foram seleccionados os seguintes termos: «Indivíduo», porque é a grávida o alvo dos cuidados de enfermagem, embora o grupo família também faça parte desses cuidados; «Perda sanguínea», definido com o *“fluxo de sangue através de um orifício da pele ou de uma cavidade, órgão ou espaço entre os tecidos.”* (CIPE®,2005:19). Não constituindo um problema no trabalho de parto e parto, é muito preocupante numa gravidez com idade gestacional inferior a 36 semanas pois denuncia uma ameaça de parto pré-termo; «Hemorragia», *“quantidade de sangue num curto espaço de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar.”* (CIPE®,2005:19). Por ser um risco real tanto em trabalho de parto, como durante o parto e também na gravidez. Esta situação pode sugerir um descolamento prematuro da placenta, se acontece na gravidez ou no trabalho de parto, ou pode sugerir uma atonia uterina durante o parto ou pós-parto; «Hipertermia» *“diminuição da capacidade de regular o termostato interno acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais por razões terapêuticas”* (CIPE®,2005:20), para além de poder acontecer a qualquer pessoa quer seja grávida ou não, quer esteja em trabalho de parto ou não, é um sinal vital de avaliação obrigatória. Uma situação de hipertermia na gravidez, trabalho de parto ou parto, pode apontar para uma situação infecciosa, que se não for tratada significará risco acrescido para a mãe e para o feto; «Vómito», *“expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e da boca”* (CIPE®,2005:22), é uma situação normal em trabalho de parto, não representa perigo e é decorrente da intensidade da contracção. Mas requer alguma intervenção por parte da enfermeira, nem que seja para tranquilizar a utente; «Edema», *“excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços tecidulares ou retenção de líquidos nas zonas de declive, tais como: tumefacção dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, tumefacção na região lombar na posição supina”* (CIPE®,2005:249), embora seja uma situação comum na gravidez pela tendência que as grávidas têm em reter maior quantidade de

líquidos, pode prever uma situação grave quando associada a hipertensão arterial. Situações de pré-eclâmpsia e eclâmpsia podem por em risco a vida da mãe e do feto. A «Dor», *“aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido.”* (CIPE®,2005:36). É talvez o sintoma mais comum numa maternidade, quer seja na grávida, em trabalho de parto ou não, quer seja na puérpera. Foram seleccionados também os termos «Dor de trabalho de parto», *“sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contracções do útero e à dilatação cervical que ocorre durante o trabalho de parto”* (CIPE®,2005:38); «Dor de dilatação cervical», *“sensação de dor durante a primeira fase do trabalho de parto, associada às contracções uterinas, de estabelecimento súbito, a distribuição da dor localiza-se primariamente no centro do dorso, esta sensação é muitas vezes referida como cólicas moderadas e profundas que vão ficando cada vez mais fortes”* (CIPE®,2005:38); «Dor de período expulsivo», *“sensação de dor na segunda fase do trabalho de parto; a distribuição da dor é generalizada à parte anterior do abdómen, tornando-se a duração constante quando a dilatação cervical está completa; esta sensação é muitas vezes descrita como intensa, constrictiva, frequentemente, excruciante”* (CIPE®,2005:39), e «Dor sem trabalho de parto», *“sensação de dor abdominal localizada que começa por ser conotada como dor de trabalho de parto, mas se revela ineficaz, não acompanhada por apagamento ou dilatação do colo; intermitente, dor curta e forte que não irradia das costas para a frente; esta sensação é muitas vezes descrita como uma dor profunda, tipo cólica, mas é uma dor moderada que não se torna mais forte”* (CIPE®,2005:39); «Gravidez», *“situação em que tem no corpo um feto em desenvolvimento e que dura um período de, aproximadamente 266 dias, desde o dia da fertilização até ao nascimento”* (CIPE®,2005:42), por ser o fenómeno mais comum na maternidade; «Abortar», *“expulsão/remoção de um feto não viável, gravidez mal sucedida”* (CIPE®,2005:42), situação muito comum nas primeiras semanas de gestação no que diz respeito a abortamento espontâneo. Também existem esporadicamente na maternidade situações de interrupção médica de gravidez, principalmente devido a malformações fetais. «Trabalho de parto», *“evolução dos processos perinatais que ocorrem durante o parto, desde o início da dilatação cervical até à expulsão da placenta”* (CIPE®,2005:42); «Nascimento», *“evento de parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser humano”* (CIPE®,2005:43); «Ansiedade» *“sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico”* (CIPE®,2005:47), por todos os acontecimentos que envolvem um momento tão

importante da vida das mulheres como é a gravidez, o trabalho de parto e o parto. A expectativa e ansiedade estão muito presentes, e quase sempre presentes aquando destas vivências; O «Medo», *“sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade com causa conhecida acompanhada por estado de alerta, concentração na origem do medo, comportamento agressivo em posição de ataque com os olhos muito abertos ou fuga da fonte do medo”* (CIPE®, 2005:47), tal como a ansiedade o medo está muito presente nestes momentos. Medo do parto, medo que a gravidez corra mal, medo de sentir dor, etc.; «Tristeza», *“sentimento de desalento e de melancolia associados com falta de energia”* (CIPE®,2005:48), quando algo corre menos bem, quando a mulher descobre que não é super e não consegue fazer algo que considera importante; O «Luto», *“sentimento de pena, associado a perda significativa ou morte, antecipatória ou real”* (CIPE®,2005:48), passando por várias fases (choque, reacção e adaptação), que acontece de forma muito cruel numa maternidade. A morte de um filho é a maior tragédia de todas. Um feto morto in útero é verdadeiramente terrível, mas não menos terrível é um abortamento tardio para a mulher que o sofre. Outra situação que pode representar luto é perda do bebé desejado em favor do bebé real; A «frustração», *“sentimentos de descontentamento e desapontamento no alcançar de um desejo devido a limitações externas”* (CIPE®,2005:48); o «Sofrimento», *“sentimentos prolongados de grande pena associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras”* (CIPE®,2005:48); o «Desespero», *“sentimentos de profunda falta de esperança, desencorajamento, de mérito ou vazio”* (CIPE®,2005:49); a «Culpa», *“sentimentos de ter procedido erradamente, conflito de valores ou tensões internas quando alguém desce abaixo do conjunto de normas que traçou para si próprio”* (CIPE®,2005:49); o «Sentimento de impotência», *“sentimento de falta de controlo numa situação presente ou acontecimento imediato, reduzida capacidade de escolha, incapacidade de agir pela convicção de que as suas acções não vão afectar significativamente os resultados”* (CIPE®,2005:49) Os sentimentos acima descritos são sentimentos que vão ao encontro de tudo o que foi dito anteriormente. A presença da «Família» é muito importante neste momento, que na maior parte das vezes é de alegria. No entanto há situações que sem o apoio familiar são muito difíceis de ultrapassar. «Planeamento familiar», *“processo comportamental de regular o número e espaçamento das crianças numa família, tendo em conta os costumes e a lei”*. (CIPE®,2005:65) «Promoção da gravidez: risco de aborto», *“planeamento de acções em caso de risco de perder um filho esperado.”* (CIPE®,2005:65). Todos estes fenómenos descritos na versão Beta2 da CIPE®/ICNP, estão presentes na maternidade.

O «Juízo» faz parte do eixo B e afirma-se “*como a opinião clínica, a estimativa ou determinação, pela prática profissional de enfermagem, sobre o estado de um fenómeno de enfermagem.*” (CIPE®,2005:92). O juízo, ou seja a opinião da enfermeira relativamente ao estado do fenómeno, é definida informaticamente pelo «Status». Estão aqui incluídos os graus de dependência em relação a alguém ou alguma coisa. O status é definido como, «Dependente, em grau reduzido», manifestação considerada ligeira; «Dependente, em grau moderado», manifestação considerada mediana; «Dependente, em grau elevado», manifestação considerada substancial; «Dependente em grau muito elevado», manifestação considerada extrema; e «Não dependente», negação de dependência.

O eixo C é o eixo da «Frequência» e diz respeito ao número de vezes que se repete um fenómeno num intervalo de tempo. Pode-se considerar «Contínuo» ou seja o fenómeno não tem uma pausa. Se considerarmos o fenómeno «Dor», esta estará sempre presente sem pausas; «Intermitente», com pausas periódicas; «Muito frequente», são consideradas mais de 9 repetições do fenómeno para o período de tempo definido; «Frequente», consideradas 7 a 9 repetições; «Às vezes», 4 a 6 repetições; «Raramente», 3 a 5 repetições; «Muito raramente», 1 a 2 repetições, e finalmente «Nunca».

No eixo C «Duração», é definida como “*o intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem*” (CIPE®,2005:124), pode-se considerar relativamente à duração os termos «Agudo», que tem início súbito e acontece durante um intervalo de tempo curto; e «Crónico», cujo intervalo de tempo é prolongado.

A «Topologia» é definida como região anatómica: «Horizontal» com referência a superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo; «Vertical», que se refere a direito e esquerdo; «Lateral», que faz referencia a uni ou bilateral; «Totalidade», referindo total, ambos, todos e parcial; «Centralidade» que se refere a central ou periférico; «Todo/parte»; «Dentro/fora» que se refere a externo ou interno; «Atrás/à frente» referente a anterior e posterior .

O eixo F diz respeito à localização anatómica propriamente dita como por exemplo: Abdómen, mama, clitóris, feto, sistema genital feminino, membrana mucosa vaginal, mamilo, ovário, períneo, uretra, útero, vagina e vulva.

Em relação ao eixo da «Probabilidade» G, ou possibilidade de ocorrência de um fenómeno podem-se seleccionar os termos: «Forte Alto risco» com uma probabilidade de 80 a 100%; «Alto risco» com probabilidade de 60 a 80 %; «Algum risco» com probabilidade de ocorrência de 40 a 60 %; «Baixo risco» com probabilidade de ocorrência de 20 a 40%; «Risco

mínimo» com probabilidade de ocorrência de 0 a 20%. Em relação à oportunidade poderá ser representada por: «Máxima oportunidade», «Grande oportunidade», «Alguma oportunidade», «Baixa oportunidade» e «Mínima oportunidade». Sendo a sua oportunidade respectivamente: entre 80 e 100%; 60 e 80%; 40 e 60%; 20 e 40% e 0 e 20%.

Em relação ao eixo H que diz respeito ao portador, definido como a entidade que possui o fenómeno, foram seleccionados os termos «Individuo» (grávida) e «Família».

Com vista a classificar as acções de enfermagem, foram seleccionados os termos correspondentes, presentes no manual CIPE® /ICNP, versão Beta2. Assim em relação ao eixo A que corresponde ao tipo de acção que significa “*realizações levadas à prática por uma acção de enfermagem*” (CIPE®,2005:137), foram seleccionadas as seguintes acções: «OBSERVAR» que inclui identificar, diagnosticar (examinar, auscultar, palpar, rastrear, medir, calcular, pesar), vigiar (monitorizar e supervisionar) e avaliar; «GERIR» que inclui organizar (coordenar, planejar, triar, controlar, aumentar, diminuir, otimizar), distribuir e colidir; «EXECUTAR» que inclui as acções limpar (lavar, irrigar, desinfectar, aspirar), arranjar, dar banho, cobrir, alimentar, posicionar, manipular, mobilizar, estimular, cortar, suturar, clampar, ventilar, preparar, preencher, inserir (injectar, puncionar, instilar), remover, trocar; «ATENDER» que inclui as acções assistir (promover), tratar (aliviar, atenuar, restaurar), prevenir (proteger, evitar), relacionar (comunicar, escutar, disponibilizar, colaborar, tocar, informar); «INFORMAR» que inclui as acções ensinar (instruir, treinar, educar), orientar (avisar, aconselhar), descrever (registar, documentar), entrevistar e explicar.

Em relação ao eixo B ou seja a entidade alvo desta acções de enfermagem foram seleccionados os termos:

“Pessoa, neonato, recém-nascido, progenitor, mãe, abdómen, ânus, mama, mama da mulher, clitóris, feto, aparelho reprodutor feminino, membrana mucosa vaginal, mamilo, ovário, recto, sacro, bexiga, útero, vagina, vulva, menstruação, secreção, sangue, aplicações, saco de gelo, pensos de feridas, compressas, cateter epidural, cateter urinário, arrastadeira, saco colector, fralda, penso higiénico, material de sutura, cateter venoso periférico, clamp, pinça umbilical, incubadora, monitor de contracção, tensão arterial, cesariana, serviços de enfermagem.” (CIPE®,2005:171).

Em relação aos «Recursos» (eixo C) que são tudo o que é usado na acção de enfermagem, quer sejam ferramentas, quer sejam serviços ou planos específicos, foram seleccionados os seguintes termos: «APLICAÇÕES» como embalagem fria e Saco de gelo; «LIGADURA» como pensos de feridas e compressas; «CATETERES» como cateter epidural e cateter urinário; «UTENSÍLIOS» como arrastadeira, Sacos colectores, Fraldas e pensos higiénicos; «EQUIPAMENTO» como material de sutura, Instrumento cirúrgico, Cateter venoso

periférico, seringa, clamp, agulha e pinça umbilical; «POMADA» como creme e óleo; «DISPOSITIVOS» como incubadora e monitor de contracção; «REMÉDIOS» como Analgésico, Antibiótico e Sangue; «TRATAMENTOS» como cirurgia e cesariana; «TERAPIA» como regime medicamentoso; «TÉCNICAS» como técnica de posicionamento e técnica de relaxamento; «PROFISSÕES» como serviços de enfermagem; «ABORDAGEM» como protocolo.

O «Tempo» faz parte do eixo D, e *“inclui os pontos no tempo (eventos), que se definem como momentos definidos no tempo, e os intervalos de tempo (episódios) que se definem como a duração entre dois eventos”* (CIPE®,2005:137). Em relação a este eixo foram seleccionados os seguintes termos: «NA» (na admissão e na alta); «ANTES» (pré-natal, pré-parto, pré-operatório, antes da admissão, antes da alta e antes do tratamento); «DURANTE» (intra-natal, intra-parto, intra-operatório, durante a consulta e durante a hospitalização); «DEPOIS» (pós-natal, pós-parto, pós-operatório, após a admissão, após a alta).

A «topologia» diz respeito ao eixo E, que se refere á *“região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem.”* (CIPE®,2005:137). O eixo F diz respeito à «Localização»; o eixo G diz respeito à «Via» e foram seleccionados os seguintes termos: epidural, subcutânea, oral, sublingual, perineal, uretral, vesical, vaginal, intra-uterina, endo-cervical, intra-amniótica, intramuscular, intravenosa e subcutânea. E por último o eixo H, diz respeito ao «beneficiário».

Anteriormente foram descritos os termos do manual CIPE®/ICNP versão Beta2 passíveis de integrar o sistema em utilização na maternidade Dr. Francisco Feitinha para os Focos Gravidez, Trabalho de Parto e Parto, fazendo-se referencia mais à frente, ao sistema CIPE® tal como está integrado na maternidade e a forma como pode ficar futuramente.

2 – METODOLOGIA

O presente relatório diz respeito ao estágio que se realizou de Fevereiro a Junho de 2011, no âmbito do 1º curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre. O estágio realizou-se na Maternidade Dr. Francisco Feitinha e teve como tema a introdução da linguagem CIPE® na Maternidade.

A metodologia do planeamento serviu de base à realização do projecto entregue anteriormente e para o qual foi dirigido o estágio palco do presente relatório.

Segundo Imperatori “*enquanto técnica o planeamento é um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das acções conducente à transformação da realidade.*” (Imperatori,1993:3). O planeamento tem em atenção o diagnóstico da situação, os recursos disponíveis, os objectivos fixados, o tipo de acções a realizar, os meios com vista à obtenção das metas, bem como as fases da execução e avaliação. O planeamento é um processo contínuo, as suas etapas podem ser refeitas e pode-se sempre voltar à etapa anterior conforme as alterações que vão surgindo.

O projecto que a mestranda se propôs realizar pode classificar-se em plano de curto prazo, por ter duração inferior a um ano e segundo Imperatori “*contem tudo o que é necessário para a acção mas é menos ambicioso por utilizar os recursos e as tecnologias disponíveis na área.*” (Imperatori,1993:9).

2.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é o primeiro passo do processo de planeamento e surge após a constatação de um problema. Deve ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto e claro. De forma a permitir identificar os problemas, explicar as suas causas e ser facilmente compreendido. É a partir da definição do diagnóstico que nasce o planeamento. Para Imperatori “*O diagnóstico da situação (...) funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades.*” (Imperatori,1993:14).

O diagnóstico da situação foi definido devido à necessidade de introduzir a linguagem CIPE® na Maternidade. A especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia exige uma série de registos completamente diferentes de todas as outras especialidades. O

sistema informático embora inclua os fenómenos afectos a esta especialidade, nem todos eles estão adaptados às actividades realizadas na Maternidade. Esta não adaptação do sistema, leva a que a linguagem utilizada pelos enfermeiros do serviço não seja uma linguagem comum, daí a necessidade de definir as actividades realizadas, a forma como devem ser registadas e a possibilidade de parametrizar algumas delas.

A definição de uma Linguagem uniforme a ser utilizada por todos os enfermeiros do serviço, levou a um esforço conjunto para a identificação das actividades mais comuns realizadas durante a gravidez, Trabalho de Parto e Parto. A escolha destes focos prende-se com a especificidade da especialidade em questão. Pode-se definir como ponto de partida para acção: sistema informático SAPE com linguagem CIPE® não adaptada aos registos de enfermagem necessários na Maternidade, levando à utilização de uma linguagem não comum.

Os recursos Humanos foram a Mestranda, o professor orientador, a enfermeira chefe, a equipa de enfermagem da Maternidade e os técnicos de informática responsáveis por introduzir o sistema informático no serviço. Como recursos materiais contou com os computadores do serviço que têm instalado o sistema SAPE com linguagem CIPE®, com os manuais CIPE® disponíveis, com documentos e protocolos do serviço e com bibliografia.

2.2 – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Segundo Imperatori *“esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.”* (Imperatori,1993:43). Há que ter em conta que um objectivo tem que ser tecnicamente exequível. Chiavenato refere que *“Os objectivos devem especificar resultados desejados e os pontos finais a que se pretende chegar.”* (Chiavenato,1999:216).

O delineamento detalhado da estratégia pode levar à revisão dos objectivos fixados. Imperatori define estratégia como *“o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde.”* (Imperatori,1993:65). Tudo o que é alterado durante um processo de planeamento, tem como principal função fazer alcançar os objectivos definidos, para além de *“contornar ou eliminar obstáculos potenciais à realização dos objectivos.”* (Imperatori,1993:66).

Desta forma foram definidos os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

✓ Introduzir a linguagem CIPE® na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, no ano de 2011, nos focos gravidez, trabalho de parto e parto.

Objectivos específicos:

Objectivo 1

✓ Identificar as principais actividades realizadas na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, nos focos gravidez trabalho de parto e parto.

Objectivo 2

✓ Definir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na maternidade Dr. Francisco Feitinha.

Objectivo 3

✓ Parametrizar as intervenções de enfermagem para os diagnósticos definidos.

Objectivo 4

✓ Elaborar um guia orientador para a utilização da linguagem CIPE® em Obstetrícia.

2.3 - A EXECUSSÃO

Nesta fase segundo Imperatori *“pretende-se (...) mostrar as inter-relações entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar em suma a realização das actividades.”* (Imperatori,1993:115).

Esta fase consiste em especificar detalhadamente as actividades realizadas e estabelecer calendarização para as mesmas. Para Imperatori a especificação das actividades deve preocupar-se mais com actividades previstas para os próximos seis a doze meses. *“É indispensável que os futuros executantes participem activamente nesta etapa de especificação dos produtos intermédios e finais do projecto”* (Imperatori,1993:116), daí que toda a equipa foi envolvida no projecto.

Objectivo geral:

✓ Introduzir a linguagem CIPE® na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, no ano de 2011, nos focos gravidez, trabalho de parto e parto.

Com vista ao cumprimento do objectivo geral, foi realizada uma reunião com o enfermeiro da instituição responsável pela introdução de dados no sistema informático CIPE®/SAPE, no sentido de todos os enfermeiros ficarem a conhecer o sistema. Após a implementação do sistema informático na maternidade e depois de todos os enfermeiros terem acesso ao mesmo e iniciarem registos a título experimental, foi realizada nova reunião com todos os elementos da equipa de enfermagem, no sentido de uniformizar o trabalho e os registos realizados até aí.

Objectivos específicos:

Objectivo 1

- ✓ Identificar as principais actividades realizadas na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, nos focos gravidez trabalho de parto e parto:

Actividades a desenvolver:

- Consultar Bibliografia;
- Consultar documentos existentes no serviço;
- Consultar os processos clínicos;
- Reunir com a equipa de enfermagem.

Através da consulta de bibliografia, de documentos existentes no serviço, de processos clínicos e por conhecimentos adquiridos durante a especialização, foram identificadas pela mestranda as actividades mais comuns realizadas na Maternidade palco do presente relatório, no âmbito da Gravidez, Trabalho de Parto e Parto, que foram colocadas em suporte de papel à disposição de todos os colegas, com o intuito de serem feitas alterações e serem dadas opiniões de forma a otimizar todo o sistema. Após reunião com toda a equipa foram feitos alguns ajustamentos.

Objectivo 2

- ✓ Definir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na maternidade Dr. Francisco feitinha.

Actividades a desenvolver:

- Consultar documentos existentes no serviço;

- Consultar os processos clínicos;
- Reunir com a equipa de enfermagem.

Após a consulta de documentos existentes no serviço, dos processos clínicos e do manual CIPE® versão Beta2 existente no serviço foram definidos os diagnósticos mais comuns existentes na maternidade, e obtida a concordância dos elementos da equipa de enfermagem.

Objectivo 3

- ✓ Parametrizar as intervenções de enfermagem para os diagnósticos definidos.

Actividades a desenvolver:

- Reunir com a equipa de enfermagem;
- Reunir com o técnico de informática com vista a introduzir os dados no sistema.

Apesar de se terem parametrizado as actividades e obtido a concordância da equipa de enfermagem, não foi possível durante o estágio introduzir os dados no sistema informático pois para além dos focos gravidez, trabalho de parto e parto, há necessidade de parametrizar todas as actividades do serviço, nomeadamente o puerpério, tornando-se um trabalho mais moroso.

Objectivo 4

- ✓ Elaborar um guia orientador para a utilização da linguagem CIPE® em Obstetrícia.

Não foi elaborado o guia orientador devido ao facto de não estar ainda concluído o trabalho de parametrização de todas as actividades do serviço, justificando-se posteriormente a realização de um guia orientador comum a todas essas actividades.

Ficaram definidas as actividades a parametrizar, para os focos gravidez, trabalho de parto e parto, no entanto não foi possível a sua introdução a nível informático, uma vez que houve necessidade de parametrizar todas as actividades do serviço o que torna o processo de parametrização mais moroso. A elaboração de um guia orientador só faria sentido se o sistema estivesse a funcionar com a devida parametrização e perfeitamente adaptada à maternidade. Prevê-se que após a parametrização de todas as actividades do serviço, haja lugar para elaboração de um guia de orientação e consulta.

Da execução faz parte também um cronograma das actividades previstas e realizadas:

Cronograma das actividades previstas/realizadas:

| Actividades Desenvolvidas | Fevereiro | Março | Abril | Maior | Junho | Julho | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Fevereiro |
|---|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|----------|---------|----------|----------|---------|-----------|
| Elaborar o projecto de Estágio | ----- | ----- | ----- | | | | | | | | | | |
| Identificar as principais actividades da Maternidade | | | ----- | ----- | | | | | | | | | |
| Definir os diagnósticos mais frequentes da maternidade | | | ----- | ----- | | | | | | | | | |
| Consultar Bibliografia | ----- | ----- | ----- | ----- | | | | | | | | | |
| Consultar documentos | ----- | ----- | ----- | ----- | | | | | | | | | |
| Reunir com a equipa de enfermagem | | | ----- | ----- | | | | | | | | | |
| Parametrizar as intervenções de enfermagem para os diagnósticos definidos | | | | ----- | ----- | ----- | | | | | | | |
| Reunir com o técnico de informática | | | | *** | **** | | | | | | | | |
| Elaborar um guia orientador | | | | *** | **** | **** | **** | **** | | | | | |
| Efectuar o relatório de estágio | | | | | | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |

Legenda:

 - Actividades previstas

----- - Actividades realizadas

*** - Actividades não realizadas

2.4 - PREVISÃO DA AVALIAÇÃO

Segundo Imperatori *“terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, actualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível e, assim por diante, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.”* (Imperatori,1993:12). Avaliar implica comparar para corrigir. Tendo em conta o objectivo definido dever-se-ão comparar os progressos atingidos devido às actividades realizadas, comparando a situação actual com a situação inicial. O principal objectivo da avaliação não é penalizar, mas melhorar. Avaliar significa controlar a execução, e adoptar as medidas correctivas à melhoria da situação. *“A medida mais ou menos automática dos fracassos e a avaliação por vezes emocional do trabalho realizado com as conseguintes represálias a nível do prestígio profissional devem ser substituídos por processos contínuos onde se participe, comunique e analise livremente a informação nos diferentes níveis operacionais.”* (Imperatori,1993:127).

Ao contrário do que normalmente acontece a avaliação não tem como objectivo a justificação das actividades realizadas ou a identificação de insuficiências, mas sim a melhoria contínua dos programas e projectos. Segundo Imperatori *“Pelos dificuldades inerentes às avaliações externas, os parâmetros de qualidade devem ser procurados dentro do funcionamento dos programas.”* (Imperatori,1993:131).

Tendo em conta as características do projecto, a avaliação prevista deve ser interna, porque este tipo de avaliação determina o bom funcionamento dos serviços, e tem em conta a produtividade e o rendimento. No processo de avaliação existem cinco componentes: como refere Imperatori *“A pertinência ou justificação das actividades, o grau de execução do programa em relação ao objectivo previsto, o rendimento ou relação entre os resultados e os recursos humanos ou materiais, e a eficácia ou efeito desejado sobre a redução de um problema de saúde, que pode identificar-se com o impacto.”* (Imperatori,1993:131).

Em relação ao projecto a que a mestranda se propôs podem-se referir os itens de avaliação de eficácia: Dos objectivos planeados foram atingidos:

- Identificar as principais actividades realizadas na maternidade Dr. Francisco Feitinha, nos focos gravidez, trabalho de parto e parto;
- Definir os diagnósticos mais frequentes na maternidade Dr. Francisco feitinha;
 - Parametrizar as intervenções de enfermagem para os diagnósticos definidos.

Não foi atingido o objectivo:

- Elaborar um guia orientador para a utilização da linguagem CIPE® em Obstetrícia.

Das actividades Planeadas foram realizadas:

- Consultar bibliografia;
- Consultar documentos existentes no serviço;
- Consultar os processos clínicos;
- Reunir com a equipa de enfermagem.

Não foi realizada a actividade:

- Reunir com o técnico de informática com vista a introduzir os dados no sistema.

Dos recursos previstos todos foram utilizados ou estiveram disponíveis para utilização.

Os itens de avaliação de eficiência:

Para os objectivos atingidos foram suficientes os recursos utilizados. Para as actividades realizadas foram suficientes os recursos utilizados. Para os objectivos atingidos apenas não foi realizada a actividade de reunião com o técnico de informática com vista à introdução dos dados no sistema informático.

Considerando que a avaliação é um processo contínuo e que pretende melhorar o projecto em causa, após introdução dos dados no sistema informático, devem ser realizadas reuniões trimestrais com todos os elementos da equipa e com a enfermeira chefe com o intuito de reunir dificuldades sentidas. Dificuldades essas que deverão ser entretanto registadas em impresso próprio. Como refere Freitas *“quando se julga de interesse ter elementos de um quotidiano do projecto, uma boa solução é pedir às pessoas envolvidas que façam um diário”*. (Freitas:24)

Por tudo o que já foi escrito pode-se dizer que avaliar não é tarefa fácil, no entanto como refere Freitas *“Considerar a avaliação uma função de rotina, desejada mais do que temida, é o caminho certo para o desenvolvimento de uma actividade que já deixou de ser esporádica para se tornar regular”* (Freitas:24).

3 – ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DEFINIDOS

Neste capítulo, Analisar-se-ão os objectivos individuais, que para Imperatori E Giraldes são o “*enunciado específico de uma condição que se deseja alcançar de um modo concreto, no tempo e no espaço e envolve a definição concreta do esforço e dos meios necessários para o conseguir.*” (Imperatori e Giraldes, 1993:114). A definição de objectivos requer preocupações quanto à clareza e pertinência tendo em vista o fim visado. São eles que conferem sentido às actividades programadas. As actividades a desenvolver são seleccionadas conforme os objectivos operacionais e dão-nos indicações sobre o que é que pensamos fazer e o que foi feito para a consecução dos mesmos. Calendarizar as intervenções permite-nos, por um lado, verificar a viabilidade da execução do plano e, por outro, controlar o seu percurso de modo a que as alterações necessárias possam ser introduzidas atempadamente.

Objectivo geral:

- ✓ Introduzir a linguagem CIPE® na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, no ano de 2011, nos focos gravidez, trabalho de parto e parto.

Este objectivo foi realizado com sucesso. Foi introduzido o sistema informático no serviço ficando a título experimental a partir de Março de 2011. De referir que se continuaram a realizar registos em papel e informaticamente até ao dia 1 de Agosto de 2011, altura em que os registos em papel deixaram de ser realizados, passando o sistema informático a ser o único e exclusivo meio de elaboração de registos de enfermagem.

Objectivos específicos:

Objectivo 1

- ✓ Identificar as principais actividades realizadas na Maternidade Dr. Francisco Feitinha, nos focos gravidez, trabalho de parto e parto:

Ao longo do estágio foi sendo consultada bibliografia, documentos existentes no serviço e os processos clínicos, de forma a reunir as actividades realizadas nos focos gravidez, trabalho de parto e parto. Após a sua transcrição, foram colocados à disposição dos colegas e foram ajustados alguns aspectos relativamente ao levantamento e reconhecimento das actividades. Assim foram definidas as actividades mais frequentes na Maternidade. A «Queda» não sendo um fenómeno frequente na maternidade, pode acontecer em qualquer serviço e além disso é

um fenómeno de registo obrigatório no sistema CIPE®/SAPE, estando a ele agregadas as seguintes actividades: Gerir o ambiente físico e monitorizar risco de queda através da escala de Morse. A «Úlcera de pressão» é um fenómeno de registo obrigatório e foram definidas as actividades: monitorizar a avaliação da pele e monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden. As actividades de vida Higiene, alimentação, mobilização e eliminação estão descritas no sistema CIPE®/SAPE respectivamente como fenómenos: «Auto cuidado: higiene»; «Alimentar-se»; «Deambular»; «levantar-se»; «posicionar-se» e «Auto cuidado: uso do sanitário». E a eles estão associadas respectivamente as actividades: incentivar o auto cuidado higiene; supervisionar o auto cuidado higiene; Assistir no autocuidado higiene; dar banho; incentivar a pessoa a alimentar-se; vigiar refeição; incentivar a pessoa a deambular; supervisionar a deambulação; assistir a pessoa na deambulação; assistir a pessoa no levante; levantar a pessoa; executar técnica de 1º levante; incentivar a pessoa a posicionar-se; assistir a pessoa no posicionamento; posicionar a pessoa; incentivar o auto cuidado uso do sanitário; vigiar a eliminação vesical, vigiar a eliminação intestinal; assistir no auto cuidado uso do sanitário; assistir no auto cuidado uso do sanitário de forma contínua; executar esvaziamento vesical com sonda;

O fenómeno «Hipertermia» quando surge numa maternidade pode denunciar uma situação grave que põe em risco a vida da mãe e da criança, é um fenómeno de registo obrigatório no sistema CIPE®/SAPE e a ele está associada a actividade de Monitorizar a temperatura corporal. O fenómeno «Dor» é aquele que surge com maior frequência numa maternidade, mesmo que essa dor seja em maior ou menor grau, ou pura e simplesmente um risco de dor. Relacionadas com o fenómeno «Dor» estão actividades como: monitorizar dor através da escala de dor, vigiar dor, informar sobre epidural, preparar para analgesia epidural, Gerir epidural e retirar cateter epidural.

A «hemorragia» é um risco tanto na gravidez, como no parto, daí que a actividade principal definida é vigiar hemorragia e vigiar sinais de hemorragia. Poder-se-ão considerar também: executar massagem uterina e aplicar gelo no abdómen.

Em relação ao fenómeno «Gravidez», alvo dos cuidados de enfermagem numa maternidade, foram definidas as seguintes actividades: Monitorizar tensão arterial, monitorizar a frequência cardíaca fetal, vigiar frequência cardíaca fetal, vigiar contracção uterina, vigiar condições do colo, monitorizar proteinúria, vigiar edemas, vigiar cefaleias, vigiar perturbações da visão, vigiar epigastralgias e vigiar oligúria.

Para o fenómeno «trabalho de parto» foram definidas as actividades: ensinar sobre trabalho de parto, executar técnica de amniotomia, vigiar líquido amniótico, monitorizar frequência cardíaca fetal, vigiar frequência cardíaca fetal, vigiar condições do colo uterino, monitorizar a dilatação do colo uterino, vigiar a apresentação fetal, vigiar a contracção uterina, executar colheita de sangue do cordão para células estaminais, executar colheita de sangue do cordão para grupo de sangue, executar técnica de parto, executar episiotomia, executar episiorrafia, registar o parto.

Objectivo 2

- ✓ Definir os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na maternidade Dr. Francisco Feitinha.

Através da consulta do manual CIPE®/ICNP, versão Beta2, e após o levantamento das actividades realizadas na maternidade foram definidos os diagnósticos mais comuns na maternidade. Dos fenómenos de registo obrigatório foram considerados os seguintes diagnósticos: risco de queda, risco de úlcera de pressão, risco de hipertermia, risco de dor, dor em grau reduzido, dor em grau moderado, dor em grau elevado. Dos fenómenos relacionados com as actividades de vida diárias, foram considerados os seguintes diagnósticos: «Auto cuidado higiene»: dependente em grau reduzido; dependente em grau moderado; dependente em grau elevado; «Alimentar-se»: dependente em grau reduzido; dependente em grau moderado; dependente em grau elevado. «Deambular»: dependente em grau reduzido, dependente em grau moderado. «Levantar-se»: dependente em grau moderado, dependente em grau elevado. «Posicionar-se»: dependente em grau reduzido, dependente em grau moderado e dependente em grau elevado. «Auto cuidado uso do sanitário»: dependente em grau reduzido, dependente em grau moderado e dependente em grau elevado. Para o fenómeno «Gravidez» podem ser definidas especificações para caracterizar esse mesmo fenómeno. Desta feita o diagnóstico define-se como: Gravidez vigiada; Gravidez não vigiada, especificando o índice obstétrico e a idade gestacional. No internamento de grávidas com pré eclampsia consideram-se os fenómenos «Hipertensão» e «Edema». Definindo-se os diagnósticos: risco de hipertensão, hipertensão presente em grau reduzido, hipertensão presente em grau moderado e hipertensão presente em elevado. Risco de edema, edema presente em grau reduzido, edema presente em grau moderado e elevado. Tal como na gravidez, para o fenómeno «Trabalho de parto» devem ser definidas especificações. Assim o diagnóstico pode ser definido como: trabalho de parto: BAI/REBA definindo a hora e a cor do

líquido, pesquisa de Streptococos B positivo ou negativo, serologias negativas ou positivas e GS. Para o fenómeno «Hemorragia» pode ser definido o diagnóstico de risco de hemorragia. A hemorragia é o principal fenómeno sobre o qual há necessidade de intervenção aquando do abortamento e segue os requisitos descritos anteriormente.

Objectivo 3

- ✓ Parametrizar as intervenções de enfermagem para os diagnósticos definidos

Após o levantamento das actividades e a definição de diagnósticos de enfermagem foi colocado à disposição dos colegas em suporte de papel, o que poderia ser a parametrização do sistema para os focos gravidez, trabalho de parto e parto. Não foi possível introduzir os dados no sistema informático devido à necessidade de parametrizar todas as actividades do serviço incluindo as de puerpério, o que torna o trabalho de parametrização um pouco mais moroso, continuando-se a trabalhar na optimização da futura parametrização. Desta feita considerou-se como ponto de partida, o que inicialmente foi elaborado em suporte de papel para posterior concretização informática. Há que ter em consideração que existem fenómenos, diagnósticos e intervenções disponíveis no sistema que não carecem de alteração ou melhoria uma vez que são absolutamente compatíveis com esta especialidade. Outros há, que necessitam ser alterados, melhorados ou adaptados à realidade em questão.

Para o fenómeno «Queda», foi definido o diagnóstico de risco de queda e as intervenções gerir o ambiente físico e monitorizar risco de queda através da escala de Morse, que neste caso apresenta um quadro com a escala de morse. Para o fenómeno «Úlcera de pressão» foi definido o diagnóstico risco de úlcera de pressão e a respectivas intervenções: monitorizar a avaliação da pele e monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden, que apresenta o quadro dessa mesma escala. Para o fenómeno «Hipertermia», considerando o diagnóstico risco de hipertermia fica associada a intervenção monitorizar a temperatura corporal com o registo do valor da temperatura em C°. Para o fenómeno «Dor», considerando os diagnósticos risco de dor; dor, em grau reduzido; dor em grau moderado e dor em grau elevado, podem ser observadas as seguintes intervenções: monitorizar dor através da escala de dor, ficando o registo efectuado no quadro com a escala de 0 a 10. Tendo em conta que 0 significa ausência de dor e 10 significa dor máxima; Vigiar dor, que no caso da maternidade se pode definir como sem dor, dor ligeira de trabalho de parto, dor moderada de trabalho de parto e dor intensa de trabalho de parto, ou dor ligeira, moderada ou intensa sem trabalho de parto. Ainda associado a este diagnóstico podem-se definir intervenções como informar sobre

analgesia epidural, preparar para analgesia epidural, gerir analgesia epidural, retirar cateter epidural. Em relação ao fenómeno «Auto cuidado: higiene», considerando o diagnóstico dependente em grau reduzido, consideram-se as intervenções incentivar o auto cuidado higiene e supervisionar o auto cuidado higiene. Para o diagnóstico dependente em grau moderado, considera-se a intervenção assistir no auto cuidado higiene. Em relação ao diagnóstico dependente em grau elevado, associa-se a intervenção dar banho. Para o fenómeno «Alimentar-se» surgem os diagnósticos: dependente em grau reduzido, ao qual estão associadas as intervenções incentivar a pessoa a alimentar-se e vigiar refeição, à qual está associada a especificação da quantidade de alimentos ingeridos, a recusa em alimentar-se, a necessidade de jejum, etc.; dependente em grau moderado ao qual se associam as intervenções assistir a pessoa a alimentar-se e vigiar refeição; ao diagnóstico dependente em grau elevado, associam-se as intervenções: alimentar a pessoa e vigiar refeição. Ao fenómeno «Deambular» e para o diagnóstico dependente em grau reduzido associam-se as intervenções incentivar a pessoa a deambular e supervisionar a deambulação (no caso de utentes independentes com supervisão); para o diagnóstico dependente em grau moderado define-se a intervenção: assistir a pessoa na deambulação. Para o fenómeno «Levantar-se», e definidos os diagnósticos: dependente em grau moderado e dependente em grau elevado, surgem as respectivas intervenções: assistir a pessoa no levantar para o primeiro diagnóstico e levantar a pessoa ou executar técnica de 1º levantar para o segundo diagnóstico. Em relação ao fenómeno «Posicionar-se» e definidos os diagnósticos: dependente em grau reduzido, dependente em grau moderado e dependente em grau elevado foram decididas as seguintes intervenções: incentivar a pessoa a posicionar-se, assistir a pessoa no posicionamento e posicionar a pessoa. No fenómeno «Auto cuidado uso do sanitário», estão definidos os diagnósticos dependente em grau reduzido com as intervenções: incentivar o auto cuidado uso do sanitário, vigiar a eliminação intestinal e vigiar a eliminação vesical, surgindo um quadro com descrições das características das fezes e urina; dependente em grau moderado com as intervenções: assistir no auto cuidado uso do sanitário, vigiar a eliminação intestinal e vigiar a eliminação vesical; dependente em grau elevado com as intervenções assistir no auto cuidado uso do sanitário de forma contínua, vigiar eliminação intestinal, vigiar eliminação vesical e executar esvaziamento vesical com sonda. Este último caso é muito frequente nas utentes sujeitas a analgesia epidural. Para o fenómeno «Gravidez» define-se o diagnóstico com especificações em relação à vigilância, idade gestacional e índice obstétrico. Desta forma são definidas as intervenções: monitorizar a frequência cardíaca fetal, figurando no quadro de registo o valor

da frequência cardíaca fetal basal expressa em mmhg; vigiar a frequência cardíaca fetal, figurando em quadro anexo as características da frequência cardíaca fetal por um período de tempo, devendo ser registada cada vez que existe alteração dos parâmetros observados anteriormente. Assim definem-se as seguintes características: boa variabilidade, variabilidade reduzida, variabilidade aumentada, desacelerações precoces, desacelerações tardias, desacelerações mistas, desacelerações de resposta rápida, desacelerações de resposta lenta, taquicardia fetal e bradicardia fetal. À intervenção vigiar a contração uterina deverá estar associado quadro que inclui as características da contração: sem contrações, irritabilidade uterina, contrações regulares, contrações irregulares, fraca amplitude, média amplitude, grande amplitude, taquissístolia, hipertonia. Vigiar as condições do colo uterino: colo posterior, centrado, anterior, fino, grosso, rijo, mole, formado, fechado, permeável à polpa do dedo, permeável a um dedo, permeável a dois dedos, em apagamento, apagado. Aquando do internamento de uma grávida com pré eclampsia define-se também a intervenção monitorizar a proteinúria com quadro associado com o valor da mesma; em relação à oligúria pode ficar definida como característica da eliminação vesical, em relação à presença de cefaleias e epigastralgias estas estão associadas ao diagnóstico risco de dor e devem ser referidas nos quadros anexos deste fenómeno. As perturbações da visão poderão constituir o diagnóstico de risco, com intervenção de vigilância de perturbações da visão à qual se associa quadro com a descrição de presença ou ausência de perturbações da visão. Os edemas constituem um fenómeno ao qual está associado o diagnóstico de risco de edema e a intervenção vigiar edemas à qual se associa o quadro com a localização dos mesmo: Edema da face, edema das mãos, edema dos membros inferiores, edema dos membros superiores, anasarca.

Outro fenómeno essencial é o «Trabalho de parto» cujo diagnóstico deve consistir na definição de especificações como BAI ou REBA (definindo as características do líquido amniótico e a hora da ruptura de membranas), pesquisa de streptococos B positivo ou negativo, serologias positivas ou negativas e GS. Para este diagnóstico foram definidas as seguintes intervenções: ensinar sobre trabalho de parto; executar técnica de amniotomia; vigiar líquido amniótico ao qual se associa quadro com as suas características: líquido amniótico claro, líquido amniótico tinto de mecónio e líquido amniótico “tipo puré de ervilha”; monitorizar frequência cardíaca fetal; vigiar frequência cardíaca fetal; vigiar condições do colo uterino, estas três últimas intervenções já foram descritas na gravidez monitorizar a dilatação do colo uterino à qual se associa quadro com o valor da dilatação em cm; vigiar a apresentação fetal à qual se associa quadro com as características da mesma:

cefálica, pélvica, glabella (fronte), acrómio (ombro), alta e móvel, em I plano, em II plano, em III plano; a intervenção vigiar a contracção uterina já foi descrita no fenómeno gravidez; executar colheita de sangue para preservação de células estaminais; executar colheita de sangue para determinação de grupo sanguíneo; executar técnica de parto; registar o parto que deverá ter associado quadro com todas as intervenções realizadas durante o parto assim como o resultado dessas intervenções. Parto realizado por: médico ou enfermeira; tipo de parto: eutócico, distócico/ventosa, distócico/fórceps, distócico/cesariana; Data/hora; episiorrafia: sim/não; laceração do períneo: sim /não; infiltração dos tecidos com anestésico local: sim/não; RN: termo/vivo, Termo/morto, pré termo/vivo, pré termo/morto, pós termo/vivo, pós termo/morto; sexo: feminino/masculino; peso com descrição do valor em gramas; índice de apgar com valor ao 1º e 5º minutos; reanimação: sim /não; aspiração: sim/não; oxigenação: sim/não; malformações: sim/não com quadro para descrição das malformações; administração de profilácticos: sim/não; micção: sim/não; mecónio: sim/não; dequitação: natural, manual, completa, incompleta, retenção placentar (dequitação no BO); perdas sanguíneas: normais, moderadas, exageradas; Globo de segurança de pinard formado: sim/não; cordão umbilical: normal/anómalo com associação de quadro para descrição da anomalia; circulares: sim/não, ao pescoço, ao tronco, aos ombros, em bandoleira; Nº de circulares com associação de quadro para registar esse número.

Objectivo 4

- ✓ Elaborar um guia orientador para a utilização da linguagem CIPE® em Obstetrícia.

Não foi possível realizar este último objectivo, uma vez que não foi efectivada a parametrização a nível informático. Desta forma ficam os dados em suporte de papel para serem futuramente introduzidos no sistema. Quando terminar o trabalho de parametrização de todas as actividades de enfermagem realizadas no serviço (em curso), será então elaborado um guia de orientação e consulta, de forma a permitir uma linguagem comum entre todos os enfermeiros.

4 – A LINGUAGEM CIPE® NA MATERNIDADE

Tudo o que foi descrito anteriormente, teve por base a linguagem CIPE®, versão Beta2, a forma como o sistema está a funcionar na maternidade, e a necessidade que existe de adaptar o sistema à especialidade em questão. A seguir faz-se referência ao actual registo no sistema informático e às alterações que se julgam necessárias com vista à optimização do mesmo. (Apêndice I, Quadros de I a VI)

Para os fenómenos tidos como obrigatórios: «Queda», «Úlcera de pressão», «Hipertermia» e «Dor», e após a definição dos diagnósticos, apenas há necessidade de acrescentar as intervenções relacionadas com o fenómeno dor: informar sobre epidural, preparar para analgesia, gerir analgesia epidural e retirar cateter epidural. Todas estas intervenções são realizadas pela enfermeira e só se podem registar no sistema através de nota associada ou nota geral.

A analgesia epidural é uma técnica utilizada para aliviar a dor de trabalho de parto e é prática corrente na maternidade Dr. Francisco Feitinha. Esta técnica é realizada por Médico Anestesiologista credenciado com apoio da Enfermeira afectada à sala de dilatação. A presença da enfermeira é contínua durante todo o processo de analgesia. Tem a seu cargo a preparação do material necessário à realização da técnica, a colaboração com o anestesiologista, a disponibilização dos fármacos e seu registo, a avaliação dos parâmetros vitais da parturiente, o posicionamento da parturiente e sua correcção durante todo o processo, que pode ser mais ou menos prolongado. Segundo Graça *“a técnica de punção na grávida torna-se mais difícil, por haver por vezes uma reduzida cooperação da parturiente (agitação durante as contracções), dificuldade de flexão da coluna vertebral, e presença de edema subcutâneo e estreitamento do espaço epidural pelo aumento da pressão intra-abdominal provocado pelas contracções uterinas.”* (Graça,2005:314). Apesar de esta técnica ser realizada pelo anestesiologista de serviço, fica a cargo da enfermeira a gestão da dor, que deve ser comunicada sempre que ultrapasse o nível suportável para a parturiente em questão. O cateter epidural é retirado logo após a conclusão do parto pela enfermeira responsável.

Para a intervenção vigiar dor já existente no sistema, há necessidade de especificar o tipo de dor: dor ligeira de trabalho de parto, dor moderada de trabalho de parto, dor intensa de trabalho de parto e dor sem trabalho de parto. Qualquer que seja o tipo de dor, quando associada ao trabalho de parto a solução é sempre a analgesia epidural e/ou ensino de técnicas de relaxamento e respiração, que podem também aliviar a dor. No caso de dor intensa, quando

a grávida se encontra em franco trabalho de parto, poder-se-á propor a administração de analgesia epidural, após o seu esclarecimento e consentimento. Se a grávida não se encontra em trabalho de parto, ou está apenas no início, podem ensinar-se técnicas de respiração e relaxamento que aliviam a dor ou administrar fármacos por via intravenosa, segundo a prescrição médica.

Os fenómenos ligados às actividades de vida diárias, como sejam o «Auto cuidado higiene», «Alimentar-se», «Deambular», «Levantar-se», «Posicionar-se» e «Autocuidado uso do sanitário», e após a definição dos diagnósticos, estão perfeitamente adaptados à especialidade palco da presente parametrização. No entanto há necessidade de acrescentar a intervenção, executar esvaziamento vesical por sonda, no autocuidado uso do sanitário.

Em relação ao fenómeno «Gravidez» embora haja intervenções que permitem o registo informático das actividades, na grande maioria dos casos, há necessidade de associar constantemente notas de intervenção para colmatar as falhas do sistema. Em falta estão as actividades vigiar a frequência cardíaca fetal e todas as suas características; vigiar a contracção uterina e todas as suas características; vigiar as condições do colo e todas as suas características; monitorizar proteinúria, vigiar edemas, vigiar cefaleias, vigiar perturbações da visão, vigiar epigastralgias, vigiar oligúria. No que concerne às actividades relacionadas com a vigilância da frequência cardíaca fetal, o que existe no sistema é a monitorização da respectiva frequência. Esta actividade apenas permite registar um valor, o que não faz muito sentido quando se trata da frequência cardíaca fetal. O que ficou decidido, foi registar a frequência cardíaca fetal basal e associar-se nota com as características da mesma, descritas no registo cardiotocográfico, tendo em conta que a frequência basal, será a linha média entre a frequência cardíaca fetal mínima e máxima por um período de tempo. Segundo Graça “*os seus limites normais são classicamente, as 120 e as 160 ppm. Contudo, nas semanas finais da gravidez, FCF de 110 ppm ocorrem frequentemente em fetos normalmente oxigenados*” (Graça,2005:204).

A associar ao sistema estão também a actividade de vigiar a frequência cardíaca fetal onde deverão estar descritas as características: Boa variabilidade, variabilidade reduzida, variabilidade aumentada, desacelerações precoces, desacelerações tardias, desacelerações variáveis, desacelerações mistas, desacelerações de resposta rápida, desacelerações de resposta lenta, taquicardia fetal e bradicardia fetal. A EESMO tem que estar muito atenta a estas características, no sentido de detectar rapidamente alterações que possam por em risco a saúde do feto. Assim um registo carditocográfico com boa variabilidade, sem desacelerações

e com acelerações associadas a movimentos fetais, traduz-se em bem estar fetal, tranquilizando os profissionais que têm a cargo a vigilância do TP. Considera-se traçado com variabilidade reduzida, se após 20 minutos de registo não existirem pelo menos duas acelerações, ou seja, variações da FCF com amplitude igual ou superior a 15 ppm. Se ligado a esta questão o registo apresentar, *“variabilidade basal diminuída (< 5ppm) e associado a desacelerações corresponderá, com toda a probabilidade, a um feto hipoxémico.”* (Graça,2005:218). No entanto uma variabilidade reduzida por um período prolongado no final da gravidez, que não apresente desacelerações, pode indicar apenas que o feto se encontra no seu período de repouso. Como refere Graça *“o feto normal apresenta, no último quarto da gestação, uma alternância fisiológica dos seus períodos de repouso e de actividade somática que pode durar entre 10 e 60 minutos.”* (Graça,2005:218). O feto pode ser estimulado através da administração de açúcar ou mudança de posição da mãe, o que em fetos saudáveis deverá produzir efeito positivo. Quando existem desacelerações, a atenção tem que ser redobrada. Ter em conta as características das desacelerações é importantíssimo. As desacelerações precoces estão em sintonia com a contracção que as desencadeia, e não têm significado patológico. Significam uma diminuição da FCF que raramente vai além dos 110 ppm. Segundo Graça *“a compressão do polo cefálico do feto em fases adiantadas do trabalho de parto provoca um aumento transitório da pressão intracraniana e reduz a perfusão cerebral, a hipoxia local (...) estimula os quimiorreceptores cerebrais, evocando uma hipertensão reflexa, com conseqüente estimulação vagal e diminuição da FCF.”* (Graça,2005:209). Esta diminuição da FCF é corrigida assim que a contracção termina. As desacelerações tardias caracterizam-se por existir um desfasamento no seu início e término em relação à contracção que as desencadeia. Nesta situação a diminuição da FCF não vai além dos 25ppm, no entanto a sua etiologia é sempre hipoxia fetal *“a qual resulta da diminuição do fluxo uteroplacentário durante as contracções uterinas, em situações em que a oxigenação fetal de base já se encontra muito próxima do nível crítico.”* (Graça,2005:210). As desacelerações variáveis são as que se observam mais frequentemente. Não têm um padrão, a forma e a amplitude são irregulares, iniciam-se e terminam de forma abrupta e são variáveis em relação às contracções, não se repetindo em todas as contracções. Na maior parte dos casos são provocadas pela compressão do cordão. Segundo Graça *“as desacelerações variáveis podem significar desde uma agressão mínima e transitória do feto, até um progressivo e grave sofrimento fetal.”* (Graça,2005:211). As desacelerações mistas são assim designadas quando existe a presença de vários padrões de desacelerações. No entanto sempre que se verifique

“*um componente de desaceleração tardia, tal deve ser interpretado como tendo uma hipoxia fetal subjacente, pelo que a atitude clinica deverá basear-se no significado fisiopatológico desse padrão.*” (Graça,2005:214). As desacelerações de resposta rápida podem indicar boa vitalidade uma vez que há uma recuperação rápida da FCF em resposta à contracção. As desacelerações de resposta lenta, tecnicamente designadas por desacelerações prolongadas caracterizam-se por início súbito, amplitude superior a 30 ppm e duração superior a dois minutos, sendo o seu padrão atípico, “*podem observar-se esboços de retorno à FCF basal, ou pelo contrário, haver uma depressão constante da FCF ao longo da desaceleração.*” (Graça, 2005:214), o início e término da desaceleração não são coincidentes com a contracção. Esta situação pode estar relacionada com situações tão diversas como excessiva contractilidade, toque vaginal, convulsões maternas e anestesia loco-regional. Apesar de terem aspecto alarmante, se a causa for identificável e corrigida, regra geral existe uma recuperação fetal para valores normais da FCF.

A taquicardia fetal por um período superior a 10 minutos deve ser sempre considerada anómala. Acima de 160ppm é ligeira e acima de 180 ppm é considerada grave e pode estar relacionada com as seguintes situações: Hipertermia materna (causa mais frequente de taquicardia fetal), pode estar associada a processo infeccioso. FCF acima dos 180ppm pode denunciar uma situação grave de corioamniotite; hipoxia crónica, que é uma das causas mais graves de taquicardia fetal, e surge associada a diminuição da variabilidade e a desacelerações tardias; imaturidade do SNC, por norma “*o feto longe do termo apresenta uma FCF relativamente elevada*” (Graça,2005:205); anemia fetal pela necessidade de aumento do débito cardíaco; hipotensão súbita materna que pode ser provocada por compressão da veia cava inferior (posicionamento materno) ou por anestesia loco regional; movimentos fetais repetidos; ansiedade materna, entre outras.

A bradicardia surge quando por um período superior a 10 minutos a FCF basal se mantém abaixo dos 110 ppm. A bradicardia é considerada grave se a FCF se mantiver abaixo de 100 ppm. Esta situação pode ser provocada por hipertonia uterina, ou hipotensão materna de instalação súbita como por exemplo na hipotensão supina. “*Logo que cessa a causa desencadeadora do reflexo, a recuperação da FCF basal é rápida.*” (Graça,2005:205). A segunda situação de hipoxia fetal, pode surgir quando o feto vem sendo exposto a hipoxia por um período de tempo algo prolongado e já se apresenta hipotenso e acidótico, existindo uma situação grave de depressão do SNC. A bradicardia apresenta-se associada a diminuição da variabilidade, com desacelerações tardias.

Em relação às actividades relacionadas com a contracção uterina o que existe no sistema é a actividade monitorizar a contracção uterina, que pressupõe o registo de um valor. Este valor não tem grande significado, quando se trata por exemplo de uma contracção de Braxton-Hicks, que pode ter uma grande amplitude, mas não produz efeitos ao nível do colo uterino. O que nos leva a registar no sistema o valor médio das contracções existente, associando nota de intervenção com as características das contracções. Se se adicionar ao sistema a actividade vigiar a contracção uterina podem também associar-se as características das respectivas contracções, que podem produzir efeitos tanto ao nível do colo uterino, como ao nível do bem-estar fetal. Assim consideram-se como características das contracções uterinas: Sem contracções, o que pode ser extremamente tranquilizador quando se trata de um feto com menos de 36 semanas; irritabilidade uterina, que nos dá a ideia de que existe actividade ao nível do tónus muscular uterino, mas que pode não ter significado em relação aos seus efeitos sobre o colo ou sobre o bem-estar fetal; contracções regulares; contracções irregulares; fraca amplitude; média amplitude; grande amplitude; Taquissistolia e hipertonia. Todas estas situações nos dão ideia de como está a decorrer um trabalho de parto ou se uma grávida está a entrar em trabalho de parto ou não. No caso de uma grávida com idade gestacional inferior a 35 semanas, que apresenta um registo com contracções regulares de grande amplitude, poderá significar que está a entrar em trabalho de parto. Nesta situação dever-se-ão tomar medidas que impeçam a progressão daquele trabalho de parto, com administração de tocolíticos que irão cessar a actividade uterina, ou atrasar o trabalho de parto de forma a que, em tempo útil se administre cortisona, com o intuito de maturar o sistema respiratório fetal.

Situações de taquissistolia ou hipertonia poderão ser consideradas patológicas. A taquissistolia representa uma situação de contracções seguidas, enquanto que a hipertonia refere-se à contracção uterina prolongada, sem relaxamento uterino. São duas situações que podem comprometer o bem-estar fetal devido à diminuição do aporte de oxigénio ao feto durante a contracção.

Em relação à actividade Vigiar as condições do colo uterino, esta apenas existe para o fenómeno trabalho de parto. Muitas vezes há necessidade de avaliar estas condições, numa gravidez, mesmo sem trabalho parto. O que se faz quando há necessidade de realizar esta avaliação, é escrever em notas gerais. Há então que inserir a actividade e todas as suas características no fenómeno gravidez: Colo posterior, colo centrado, colo anterior, colo fino, colo grosso, colo rijo, colo mole, colo formado, colo fechado, colo permeável à polpa do dedo, colo permeável a um dedo, colo permeável a dois dedos, colo em apagamento e colo

apagado. Sendo possível escolher varias destas característica, como por exemplo: colo posterior, formado e fechado. Outra actividade a acrescentar relativamente ao colo uterino e que não existe, é a monitorização da dilatação do colo uterino, com quadro associado que permita escrever o valor da dilatação em cm. As características do colo uterino transmitem a evolução do trabalho de parto, bem como se existe perspectiva de sucesso de uma indução.

Como já foi referido anteriormente grávidas com pré eclampsia devem ter no sistema vigiar proteinúria, com quadro associado para registo do valor; vigiar oligúria, que pode estar associada ao fenómeno auto cuidado uso do sanitário. Embora esta actividade não esteja presente no sistema pode-se subentender a presença de oligúria pelo registo da diurese, ficando neste caso a medição de diurese como actividade associada à gravidez com pré eclampsia.

A vigilância dos edemas pode ficar associada ao fenómeno «edema» quer seja para diagnóstico de risco de edema ou edema presente em grau reduzido, moderado ou elevado. A actividade a realizar será vigiar edemas com associação de quadro com as características dos edemas: edema da face, edema das mãos, edema dos membros inferiores, edema dos membros superiores e anasarca. A presença de edemas, associados a HTA, oligúria, cefaleias e epigastralgias, faz prever uma situação gravíssima que pode por em risco a vidas da mãe e do feto. A vigilância de cefaleias e epigastralgias poderá ficar associada ao fenómeno «Dor» com quadro associado discriminando a presença ou ausência de cefaleias e epigastralgias.

Em relação ao trabalho de parto além do que já foi descrito anteriormente em relação à vigilância da frequência cardíaca fetal, da vigilância das condições do colo uterino, e às características da contracção, estão em falta as intervenções: executar técnica de amniotomia; vigiar líquido amniótico ao qual se associa quadro com as características: Líquido amniótico claro, líquido amniótico tinto de mecónio e líquido amniótico ‘tipo puré de ervilha’. Estas características podem denunciar situações muito graves quando associadas a registos carditocográficos não tranquilizadores; vigiar a apresentação fetal considerando quadro para registo das características: cefálica, pélvica, glabella (fronte), mento (face), acrómio (ombro), alta e móvel, em I plano, em II plano, em III plano.

Não existentes no sistema são também as actividades: executar colheita de sangue do cordão umbilical para preservação de células estaminais e executar colheita de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo de sangue.

Registar o parto com todas as intervenções a ele associadas, deve ser uma actividade prioritária uma vez que no sistema existente só se consegue ter noção das actividades

realizadas aquando do parto escrevendo uma nota geral. Desta feita haveria necessidade de efectuar esse registo num quadro com os seguintes parâmetros: Parto realizado por: médico ou enfermeira; Tipo de parto: eutócico, distócico/ventosa, distócico/fórceps, distócico/cesariana; Data/hora; episiorrafia: sim/não; Laceração do períneo: sim /não; infiltração dos tecidos com anestésico local: sim/não; RN: termo/vivo, termo/morto, pré termo/vivo, pré termo/morto, pós termo/vivo, pós termo/morto; Sexo: feminino/masculino; Peso com descrição do valor em gramas; Índice de Apgar com valor ao 1º e 5º minutos; Reanimação: sim /não; Aspiração: sim/não; Oxigenação: sim/não; Malformações: sim/não com quadro para descrição das malformações; Administração de profilácticos: sim/não; Micção: sim/não; Mecónio: sim/não; Dequitação: natural, manual, completa, incompleta, retenção placentar (dequitação no BO); Perdas sanguíneas: normais, moderadas, exageradas; Globo de segurança de Pinard formado: sim/não; Cordão umbilical: normal/anómalo com associação de quadro para descrição da anomalia; Circulares: sim/não, ao pescoço, ao tronco, aos ombros, em bandoleira; Nº de circulares com associação de quadro para registar esse número.

O fenómeno «Nascimento» existe no sistema, mas não tem actividades associadas. Secar o RN, Administrar profilácticos, reanimar o RN, Desobstruir as vias aéreas, desinfetar o coto umbilical, detectar malformações com quadro associado para a sua descrição, identificar o RN, promover a relação mãe-filho (existente no fenómeno TP) e adaptar o RN à mama (existente no fenómeno TP).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A excelência dos serviços está ligada à sua qualidade, disponibilizando cuidados e serviços que vão ao encontro das necessidades dos utentes. Os enfermeiros são também intervenientes no processo da qualidade e são em grande medida o reflexo dessa mesma qualidade, sempre inseridos na equipa multidisciplinar. Os registos de enfermagem são uma peça fulcral na disponibilização de informação sobre os utentes, podendo servir para melhorar e reavaliar os seus problemas.

A informação tem grande valor, mas deve ser filtrada de forma a ser transmitida de uma forma adequada para a pessoa em questão, deve ser oportuna e exacta. O registo informático de dados torna a informação mais rápida e mais acessível a quem dela necessita. Os gestores das organizações incluindo as organizações de saúde têm necessidade de informação pertinente e actualizada que lhes permita ter uma visão sobre as actividades e desvios dessas mesmas actividades, bem como para os ajudar na tomada de decisão.

Este relatório surge após a realização de um projecto de estágio e estágio na maternidade Dr. Francisco Feitinha, que teve como propósito a implementação do sistema CIPE® nesta Maternidade. Sendo a obstetrícia uma área muito específica da enfermagem houve necessidade de adaptar este sistema á realidade existente. Como o objectivo da Linguagem CIPE é ser universal e transversal a toda a enfermagem, cabe-nos a nós enfermeiros especialistas adaptá-la de forma a facilitar o nosso trabalho, com a garantia da qualidade e continuidade dos cuidados a que estamos habituados. A colaboração de todos os elementos da equipa de enfermagem, foi de extrema importância para o projecto definido, prevendo assim a exequibilidade do mesmo.

A Classificação Internacional para a prática de enfermagem preconiza uma linguagem comum, abrangente, global que permite a comunicação entre todos os enfermeiros, e entre estes e outros profissionais de saúde, visando também o desenvolvimento da própria profissão. A compreensão do sistema e linguagem CIPE® e a sua adaptação á gravidez, trabalho de parto e parto, pode ser uma mais-valia para a realização de registos adequados, para a prestação de cuidados de saúde obstétricos de qualidade, e para a continuidade dos mesmos. A utilização da CIPE® permite a emissão de indicadores dos cuidados, a sua desburocratização evitando a duplicação de informação. Permite economia de tempo, libertando os profissionais para uma relação que se pretende mais humana. O desenvolvimento da investigação em Enfermagem, a monitorização contínua da qualidade, a

promoção da formação e a influência relativa ao financiamento e tomada de decisão em relação às políticas de saúde, são aspectos relevantes para a utilização da CIPE®. Durante o estágio foram definidas as principais actividades realizadas na maternidade Dr. Francisco Feitinha e colocado à disposição dos colegas em suporte de papel o levantamentos dessas mesmas actividades, para que fossem dadas opiniões e sugestões em relação às mesma. foram feitas várias reuniões/formações no sentido de familiarizar os profissionais com o sistema informático.

Foi uma alteração grande para a equipa de enfermagem, habituada aos registos em formato de papel. Houve no início alguma resistência à mudança, pela sensação de que havia maior dispêndio de tempo no registo informático. Segundo Rascão *“a mudança significa a passagem de um estado para outro diferente. É a transição de uma situação para outra. A mudança envolve transformação, interrupção, perturbação, ruptura dependendo da sua intensidade.”* (Rascão, 2004:241).

Foi um pouco complicado gerir os registos informáticos em simultâneo com os registos em papel, pelo tempo despendido na duplicação de informação. Mas a partir do dia um de Agosto de 2011, os registos passaram a ser realizados exclusivamente no sistema informático. Não se avançou muito desde então porque houve necessidade de parametrizar todas actividades do serviço para além das descritas neste relatório, o que torna o trabalho um pouco mais moroso. De qualquer forma ficaram o levantamento dos fenómenos, diagnósticos e intervenções de enfermagem para futura introdução informática. De referir que este trabalho continua em curso, no sentido de otimizar a parametrização e futura introdução no sistema SAPE/CIPE®. Todos nós enfermeiros trabalhamos para garantir a qualidade dos cuidados que prestamos e por esse motivo, reconhecemos que após implementado o sistema informático e adaptada a linguagem CIPE®/SAPE à nossa realidade, certamente que este deverá ser constantemente revisto e actualizado em função das necessidades que possam surgir.

BIBLIOGRAFIA

- BABIER, J.M.(1991). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.
- BOBAK, I.; LOWDERMILK, D.; JENSEN, M.(1999) *Enfermagem na Maternidade* (4ª edição). Loures: Lusociência.
- CAMPOS L., CARNEIRO A.V. *A qualidade no Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016*.
- CARPENITO L. (1999). *Planos de Cuidados de Enfermagem e Documentação – Diagnósticos de Enfermagem e Problema Colaborativos* (2ª edição). Porto Alegre: Artmed editora.
- CHIAVENATO, I. (1999). *Administração nos novos tempos* (14ª tiragem). Rio de Janeiro: editora Campos
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão Beta*. Lisboa: Gráfica.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão Beta2*. Lisboa: Gráfica.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- COUTO, R.; PEDROSA, T.; RIBEIRO, G. (2003). *Hospital, Gestão Operacional e Sistemas de Garantia de qualidade, Viabilizando a Sobrevivência*. São Paulo: Editora MEDSI.
- FREITAS, C. *Gestão e avaliação de projectos nas escolas – Cadernos de organizações e gestão curricular*. Instituto de Inovação Educacional. ISBN: 972-8353-39-1.
<http://www.area.dgicd.min-edu.pt/inovbasic/biblioteca/ccoge07/caderno7.pdf>
(acedido em 16/02/2012)
- GRAÇA L. (2005). *Medicina Materno-Fetal*. (3ª edição). Lousã: Lidel.
- IMPERATORI, E; GIRALDES, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – manual para os serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- MARIN F. (1995). *Informática em Enfermagem*. S. Paulo: E.P.U
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa

NASCIMENTO, F.,MOSSER, G.,LARSON, L. (2000) Gestão da qualidade em saúde.

Lousã: comissão sectorial da saúde e do Ipq.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento de Idoneidade Formativa dos contextos de Prática Clínica. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2000). Entrevista à DR^a. Carmen Pignatelli.

[http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/24C1504C-82CD-4524-A5C1-](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/24C1504C-82CD-4524-A5C1-CF42FDE977F6/0/Roe21_Minist%C3%A9rio.pdf)

[CF42FDE977F6/0/Roe21_Minist%C3%A9rio.pdf](http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/24C1504C-82CD-4524-A5C1-CF42FDE977F6/0/Roe21_Minist%C3%A9rio.pdf) .(acedido em 7/3/2011)

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

ORDEM DOS ENFERMEIROS(1996). Regulamento do exercício profissional do enfermeiro.

RASCÃO, J.(2004) Sistemas de Informação para as organizações – A informação chave para a tomada de decisão. (2ªedição). Lisboa: Edições Sílabo

ZIEGEL, E.; CRANLEY,M.(1996). Enfermagem Obstétrica (8ª edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/management_standards/quality_management.htm

(acedido em 16/12/2011)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Representação esquemática do sistema

Neste Anexo apresentam-se quadros que representam o sistema informático de forma a ser mais facilmente compreendido por quem lê este relatório. Todos os itens que não estão disponíveis no sistema ou existem de forma desadequada são representados a negrito.

Quadro I – Fenómenos de registo obrigatório

| <i>FENÓMENO</i> | <i>Status Especificações</i> | <i>Intervenções de enfermagem</i> | <i>Parâmetros</i> |
|-------------------|--|---|---|
| DOR | -Risco de: -Presente, em grau reduzido -Presente, em grau moderado | -Monitorizar dor através da escala de dor | -Escala da dor – valor de 0 a 10 |
| | | -Vigiar dor | -Sem dor; -Dor ligeira de trabalho de parto; -Dor moderada de Trabalho de parto; -Dor sem trabalho de parto |
| | -Presente, em grau elevado | -Monitorizar dor através da escala da dor | -Escala da dor – valor de 0 a 10 |
| | | -Vigiar dor | -Dor intensa de trabalho de parto |
| | | -Vigiar cefaleias <i>(grávidas com pré-eclampsia)</i> | -Cefaleias presentes -Cefaleias ausentes |
| | | -Vigiar epigastralgias <i>(grávidas com pré-eclampsia)</i> | -Epigastralgias presentes -Epigastralgias ausentes |
| | | -Informar sobre epidural | |
| | | -Preparar para epidural | |
| | -Gerir epidural | | |
| | -Retirar cateter epidural | | |
| HIPERTERMIA | -Risco de hipotermia | -Monitorizar a temperatura corporal | -Valor da temperatura corporal expresso e C° |
| QUEDA | -Risco de queda | -Gerir o ambiente físico | |
| | | -Monitorizar risco de queda através da escala de Morse | -Quadro da escala de Morse |
| ÚLCERA DE PRESSÃO | -Risco de úlcera de pressão | -Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden | -Quadro da escala de braden |
| | | -Monitorizar a avaliação da pele | |

Quadro II – Fenómenos decorrentes das actividades de vida diárias

| <i>FENÓMENO</i> | <i>Status Especificações</i> | <i>Intervenções de enfermagem</i> | <i>Parâmetros</i> |
|-----------------------------------|-------------------------------|---|-------------------|
| AUTO CUIDADO: HIGIENE | -Dependente, em grau reduzido | -Incentivar o auto cuidado: higiene -Supervisar o auto cuidado higiene | |
| | -Dependente, em grau moderado | -Assistir no auto cuidado: higiene | |
| | -Dependente, em grau elevado | -Dar banho | |
| ALIMENTAR-SE | -Dependente, em grau reduzido | -Incentivar a pessoa a alimentar-se -vigiar refeição | |
| | -Dependente, em grau moderado | -Assistir a pessoa a alimentar-se -Vigiar refeição | |
| | -Dependente, em grau elevado | -Alimentar a pessoa -Vigiar refeição | |
| DEAMBULAR | -Dependente, em grau reduzido | -Incentivar a pessoa a deambular -Supervisar a deambulação | |
| | -Dependente, em grau moderado | -Assistir a pessoa na deambulação. | |
| LEVANTAR-SE | -Dependente, em grau moderado | -Assistir a pessoa no levante | |
| | -Dependente, em grau elevado | -Levantar a pessoa -Executar técnica de 1º levante | |
| POSICIONAR-SE | -Dependente, em grau reduzido | -Incentivar a pessoa a posicionar-se | |
| | -Dependente, em grau moderado | -Assistir a pessoa no posicionamento | |
| | -Dependente, em grau elevado | -Posicionar a pessoa | |
| AUTO CUIDADO: USO DO SANITÁRIO | -Dependente, em grau reduzido | -Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário -Vigiar eliminação intestinal -Vigiar eliminação intestinal. | |

| | | | |
|--|-------------------------------|---|---|
| | | -Vigiar oligúria | -Oligúria presente -Oligúria ausente |
| | | -Monitorizar proteinúria (em grávidas com pré eclampsia) | -Registo de proteinúria (1+;2++;3+++) |
| | -Dependente, em grau moderado | -Assistir no auto cuidado: uso do sanitário -vigiar eliminação intestinal -Vigiar eliminação vesical | |
| | -Dependente em grau elevado | -Assistir no auto cuidado: uso do sanitário de forma contínua -vigiar eliminação intestinal -Vigiar eliminação vesical -Executar esvaziamento vesical com sonda | |

Quadro III – Fenómeno gravidez

| <i>FENÓMENO</i> | <i>Status Especificações</i> | <i>Intervenções de enfermagem</i> | <i>Parâmetros</i> |
|-----------------|-------------------------------|--|---|
| GRAVIDEZ | -Gravidez vigiada/não vigiada | -Monitorizar tensão arterial. | -Registo do valor expresso em mmhg |
| | -Idade gestacional | -Vigiar perturbações da visão (em grávidas com pré eclampsia) | - Perturbações da visão ausentes -Perturbações da visão presentes. |
| | -Índice obstétrico | -Monitorizar a frequência cardíaca fetal | -Registo do valor da FCF expresso em bpm |
| | | -Vigiar frequência cardíaca fetal | -Boa variabilidade -Variabilidade reduzida -Variabilidade aumentada -Desacelerações precoces -Desacelerações tardias -Desacelerações mistas -Desacelerações de resposta rápida -Desacelerações de resposta lenta |

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> -Taquicardia fetal -Bradycardia fetal |
| | | -Vigiar a contracção uterina | <ul style="list-style-type: none"> -Sem contracções -Irritabilidade uterina -Contracções regulares -Contracções irregulares -Frac amplitude -Média amplitude -Grande amplitude -Taquissistolia -Hipertonia |
| | | -Vigiar condições do colo uterino | <ul style="list-style-type: none"> -Colo posterior -Colo centrado -Colo anterior -Colo fino -Colo grosso -Colo rijo -Colo mole -Colo formado -Colo fechado -Colo permeável à polpa do dedo -Colo permeável a um dedo -Colo permeável a dois dedos -Colo em apagamento |

Quadro IV – Fenómeno Trabalho de Parto

| <i>FENÓMENO</i> | <i>Status Especificações</i> | <i>Intervenções de enfermagem</i> | <i>Parâmetros</i> |
|-------------------|--|---|---|
| TRABALHO DE PARTO | BAI REBA (hora, dia e cor do líquido) Streptococos B positivo/negativo Serologias Negativas/positivas | -Ensinar sobre trabalho de parto | |
| | | -Ensinar técnicas de respiração e relaxamento | |
| | | -Executar técnica de amniotomia | |
| | Grupo de sangue | -Vigiar líquido amniótico | <ul style="list-style-type: none"> -Líquido amniótico claro -líquido amniótico tinto de mecónio -Líquido amniótico “puré de ervilha” |
| | | -Monitorizar a frequência cardíaca | -Registo de valor da FCF basal expresso em ppm |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | fetal | |
| | | -Vigiar frequência cardíaca fetal | -Boa variabilidade -Variabilidade reduzida -Variabilidade aumentada -Desacelerações precoces -Desacelerações tardias -Desacelerações mistas -Desacelerações de resposta rápida -Desacelerações de resposta lenta -Taquicardia fetal -Bradycardia fetal |
| | | -Vigiar condições do colo uterino | -Colo posterior -Colo centrado -Colo anterior -Colo fino -Colo grosso -Colo rijo -Colo mole -Colo formado -Colo fechado -Colo permeável à polpa do dedo -Colo permeável a um dedo -Colo permeável a dois dedos -Colo em apagamento |
| | | -Monitorizar a dilatação do colo uterino (cervicometria) | - Registo do valor da dilatação expresso em cm |
| | | -Vigiar a contracção uterina | -Sem contracções -Irritabilidade uterina -Contracções regulares -Contracções irregulares -Fracá amplitude -Média amplitude -Grande amplitude -Taquissistolia -Hipertonia |
| | | -Vigiar a apresentação fetal | -Cefálica -Pélvica -Glabela (fronte) -Mento (face) -Acrómio (ombro) -Alta e móvel -I plano -II plano -III plano |
| | | -Executar colheita de sangue do cordão para criopreservação de células estaminais | |
| | | -Executar colheita de | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|----------------------|------------------------|----------------------|---|---------------------|----------------------|---------------------|--------------|-----------------------------|--------------|---|--------------|-------------------------|--|-------------------|--|-------------------------|-----------------------------|-------------------|---------------------|
| | | sangue do cordão para determinação do grupo sanguíneo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | -Executar técnica de parto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | -Registrar o parto | <table border="1"> <tr> <td>Realizado por</td> <td>-Médico -Enfermeira</td> </tr> <tr> <td>Tipo de parto</td> <td>-Eutócico -ventosa -Forceps -Cesariana</td> </tr> <tr> <td>Data/Hora</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Episiorrafia</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Laceração do períneo</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Infiltração dos tecidos com anestésico local</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Recém-Nascido</td> <td>-Termo/vivo -Termo/Morto -pré-termo/vivo -Pré-termo/morto</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>-Feminino -Masculino</td> </tr> <tr> <td>Índice de Apgar</td> <td>Valor ao 1º e 5º minutos</td> </tr> <tr> <td>Reanimação</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> </table> | Realizado por | -Médico -Enfermeira | Tipo de parto | -Eutócico -ventosa -Forceps -Cesariana | Data/Hora | | Episiorrafia | -Sim -Não | Laceração do períneo | -Sim -Não | Infiltração dos tecidos com anestésico local | -Sim -Não | Recém-Nascido | -Termo/vivo -Termo/Morto -pré-termo/vivo -Pré-termo/morto | Sexo | -Feminino -Masculino | Índice de Apgar | Valor ao 1º e 5º minutos | Reanimação | -Sim -Não |
| Realizado por | -Médico -Enfermeira | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de parto | -Eutócico -ventosa -Forceps -Cesariana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data/Hora | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Episiorrafia | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Laceração do períneo | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Infiltração dos tecidos com anestésico local | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recém-Nascido | -Termo/vivo -Termo/Morto -pré-termo/vivo -Pré-termo/morto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | -Feminino -Masculino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Índice de Apgar | Valor ao 1º e 5º minutos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reanimação | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table border="1"> <tr> <td>Aspiração</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Oxigenação</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Malformações</td> <td>-Não -Sim (quais)</td> </tr> <tr> <td>Profiláticos</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Micção</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Mecónio</td> <td>-Sim -Não</td> </tr> <tr> <td>Cordão umbilical</td> <td>-Normal -Anómalo</td> </tr> <tr> <td>Circulares</td> <td>-Ao pescoço -Ao tronco -Aos ombros -Em bandoleira</td> </tr> <tr> <td>Nº de circulares</td> <td>Registo do nº de circulares</td> </tr> <tr> <td>Dequitação</td> <td>-Natural -Manual</td> </tr> </table> | Aspiração | -Sim -Não | Oxigenação | -Sim -Não | Malformações | -Não -Sim (quais) | Profiláticos | -Sim -Não | Micção | -Sim -Não | Mecónio | -Sim -Não | Cordão umbilical | -Normal -Anómalo | Circulares | -Ao pescoço -Ao tronco -Aos ombros -Em bandoleira | Nº de circulares | Registo do nº de circulares | Dequitação | -Natural -Manual |
| Aspiração | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxigenação | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Malformações | -Não -Sim (quais) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profiláticos | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Micção | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mecónio | -Sim -Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cordão umbilical | -Normal -Anómalo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Circulares | -Ao pescoço -Ao tronco -Aos ombros -Em bandoleira | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº de circulares | Registo do nº de circulares | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dequitação | -Natural -Manual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| | | -Retenção placentar (dequitação no BO) -Completa -Incompleta |
| | Perdas hemáticas | -Normais -Moderadas -Exageradas |
| | Globo de segurança de Pinard formado | -Sim -Não |

Quadro V – Fenómeno Nascimento

| <i>FENOMENO</i> | <i>Status Especificações</i> | <i>Intervenções de enfermagem</i> | <i>Parâmetros</i> |
|-----------------|------------------------------|---|--|
| NASCIMENTO | RN do sexo feminino | -Secar e aquecer o RN mãe/filho | |
| | | -Administrar profiláticos | -Registo do profiláticos administrados |
| | | -Desobstruir as vias aéreas | |
| | | -Estimular o RN | |
| | | -Identificar o RN | |
| | | -Pesar o RN | -Registo do peso em gramas |
| | | -Promover a relação -Adaptar o RN à mama | |

Quadro VI – Fenómenos relacionados com patologia

| <i>Fenómeno</i> | <i>Status Especificações</i> | <i>Intervenções de enfermagem</i> | <i>Parâmetros</i> |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------------|---|
| EDEMA | Risco de | -Vigiar edemas | -Sem edemas -Edema das mãos -Edema do membros |

| | | | |
|------------|----------|-----------------------------------|--|
| | | | inferiores -Edema dos membros superiores -Anasarca |
| HEMORRAGIA | Risco de | -vigiar sinais de hemorragia | -sinais de hemorragia presentes -Sinais de hemorragia ausentes |
| | | -Vigiar hemorragia | -Hemorragia: Abortamento -Hemorragia: Atonia uterina -Hemorragia: gravidez ectópica -Hemorragia: descolamento de placenta |
| | | -Executar massagem uterina | |