



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



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

**PROMOÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA
DE INFORMAÇÃO CIPE/SCLÍNICO NA UNIDADE
DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO
MOREIRA EM PORTALEGRE**

Patrícia Braga nº10876

**Março
2015**

Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

Terceiro Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Gestão de Unidades de Saúde

Para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Adriano Pedro

**Promoção da Implementação do Sistema de Informação CIPE/SClínico na
Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre**

Patrícia Braga nº10876

Março

2015

«Estavam certos.
Ele era capaz de voar mais alto! (...)
Tens de compreender que és o teu próprio instrutor.
Necessitas de encontrar-te a ti mesmo, um pouquinho mais, a cada dia que passa.»

Richard Bach

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto só foi possível graças à valiosa colaboração de muitos amigos que nos momentos de desânimo, me incentivaram a prosseguir. O risco de poder omitir, inadvertidamente, alguém é o motivo pelo qual reservo os seus nomes. Estou certa que cada um sabe que está no meu coração, pelas leituras e sugestões valiosas, pela disponibilidade para partilhar dúvidas e pela ajuda incondicional, o meu reconhecimento.

Ao meu orientador, Prof. Adriano Pedro, pelo apoio, pelo incentivo, pela disponibilidade e pela segurança que me transmitiu.

À minha família, principalmente ao meu marido e à minha filha, pelos momentos de stress que experimentaram comigo, pela compreensão das minhas ausências e pelo incentivo para prosseguir sempre em frente.

A todos o meu Muito Obrigado!

RESUMO

Os registos são hoje, um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, através deles, é possível assegurar a continuidade dos cuidados, obter dados para avaliação e desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e prosseguir o desafio de dar visibilidade à profissão.

As instituições de saúde e as equipas de Enfermagem destas, têm vindo a desenvolver esforços na tentativa de implementar sistemas de informação e documentação utilizando a CIPE, que facilitem os registos por parte dos profissionais de Enfermagem e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde.

A CIPE continua a ser o referencial de linguagem nos sistemas informáticos de enfermagem.

Compete ao enfermeiro gestor a responsabilidade da introdução de novas tecnologias nos serviços que visem o avanço dos cuidados e garantam a qualidade dos cuidados prestados.

Seguindo a metodologia de projeto, identificou-se o ponto de partida para a ação, ou seja, a não utilização do SI CIPE/SClínico na UCIDEM. Estabeleceram-se objetivos, planearam-se atividades e estratégias para os cumprir, apresentaram-se resultados.

O presente relatório retrata o trajeto percorrido durante o estágio realizado, demonstrando que contornando alguns obstáculos é possível implementar o SI na UCIDEM.

Conhecendo-se as vantagens e desvantagens do aplicativo, fornecem-se contributos para promover a implementação do SClínico na UCIDEM da ULSNA.

PALAVRAS-CHAVE: Registos; CIPE, UCI (Unidade de Cuidados Intensivos)

ABSTRACT

Records are nowadays an indispensable tool to the nurses' everyday life, and through them, it is possible to assure the continuity of the nursing, and to obtain data to evaluate and develop the Nursing subject and to proceed the challenge to give the career visibility.

The health institutions and their Nursing teams have been developing efforts on trying to implement information and documentation systems using CIPE, making the records easier for the Nursing professionals and allowing to evaluate properly the healthcare gains.

CIPE is still the language reference in the IT nursing systems.

It's the nurse manager's responsibility to introduce new technology in the services that aim the progress of healthcare and that guarantee its quality. Following the project's methodology, it was identified the starting point for action, or in other words, not using the SI CIPE/SClínico at UCIDEM. Objectives were settled, activities were planned and strategies to accomplish those same objectives, and results were presented.

This report portrays the path during the internship, showing that by bypassing some obstacles, it is possible to implement SI at UCIDEM.

Knowing the advantages and disadvantages of the application, some contributes are given to promote the Sclínico's implementation at UCIDEM in ULSNA.

KEY WORDS: Records, CIPE, ICU (Intensive Care Unit)

Abreviaturas e siglas

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

Dr. - Doutor

Enfº - Enfermeiro

FCI – Família das Classificações Internacionais

ICN – International Council of Nurses

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

nº- número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PICIS – Sistema de Apoio de Registo de Dados

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Informatizado de Gestão de Doentes Hospitalizados

Sr. - Senhor

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCIs – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIDEM – Unidade de Cuidados Intensivos Doutor Emílio Moreira

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

INTRODUÇÃO	10
1 – FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL	14
1.1 – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	14
1.1.1 – Registos e Sistemas de Informação em Enfermagem	14
1.1.2 – Tecnologias de Informação em Enfermagem	20
1.2– CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	26
1.2.1 - CIPE® em Portugal	32
1.3 – UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	34
2 – ANÁLISE DO CONTEXTO	41
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA.....	41
2.1.1 - Estrutura Física do Serviço	42
2.1.2 - Recursos Materiais	43
2.1.3 - Recursos Humanos	44
2.2 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	45
2.2.1 - Caracterização Geral da População/Utentes	45
3 – METODOLOGIA	46
3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	48
3.2– FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS	51
3.3 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO	52
3.4 - AVALIAÇÃO	54

3.5 - DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	58
4 – ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DEFINIDOS.....	60
5 – CONTRIBUTO PARA A UCIDEM.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
BIBLIOGRAFIA.....	83
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Autorização da Instituição de Saúde (ULSNA)	87
APÊNDICE II - Grelha de Observação.....	92
APÊNDICE III – Esboço de Gráfico de Gantt	94

Índice de Quadros

Quadro 1 - Versão CIPE. Adaptado.....	29
Quadro 2 - Objetivos de Estágio.....	52
Quadro 3 - Estratégias a Desenvolver.....	54
Quadro 4 - Cronograma das Estratégias Planeadas e Realizadas	56
Quadro 5 – Fenómenos/Diagnósticos/Intervenções de Enfermagem	75

INTRODUÇÃO

Os registos de Enfermagem têm vindo a revelar-se fonte de preocupação, reflexão e debate nos nossos dias, pelo contexto de transformação e mudança da profissão de Enfermagem. O percurso evolutivo da profissão tem vindo a transportar o exercício profissional de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais conceptual, o que alarga a variedade de aspetos a documentar, quer pelo progressivo alargamento do leque funcional, quer pela necessidade de não circunscrever a documentação à lógica executiva inicial (Silva, 2006). Desta forma considera-se que do ponto de vista conceptual, evolui-se da ênfase dada à produção da prova documental da realização da ação, para a criação de informação de consumo de tomada de decisão tendo em vista a continuidade de cuidados, o que vem a refletir-se na estrutura de informação e conseqüentemente sobre os aspetos da autonomia da Enfermagem, conduzindo a um aumento da qualidade dos cuidados e contribuindo para a produção de conhecimento científico em Enfermagem.

A grande importância que a informação tem para a Enfermagem é, hoje em dia, consensual na nossa comunidade profissional. Não apenas no que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de optar quanto à continuidade dos cuidados, quanto à qualidade dos mesmos, quanto à gestão, à formação, à investigação e quando é necessário assumir uma posição política. Porém, nem sempre a documentação do processo de tomada de decisão se verifica fácil. A razão deste facto está na natureza distinta deste nosso processo de decisão, que decorre enquanto interagimos com a pessoa doente, e da respetiva formalização nos registos.

Os registos em si mesmo propõem melhorar a comunicação entre todos os que cuidam a pessoa, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta (Simões, 2007). Contudo, muitas vezes, verifica-se que os registos de Enfermagem não refletem os cuidados que foram prestados, nem tornam possível planear os cuidados a prestar, não servindo assim de elo de ligação, nem de meio de comunicação, quer intra

quer inter equipas. Associada a esta constatação está a não utilização ou a utilização deturpada, dos modelos de cuidados de Enfermagem adotadas pelas Instituições de Saúde.

Conscientes desta problemática são da crucial importância os registos de Enfermagem para a produção de conhecimento científico. As Instituições de Saúde e as equipas de Enfermagem destas, têm vindo a desenvolver esforços na tentativa de implementar Sistemas de Informação e documentação utilizando a CIPE, que facilitem os registos por parte dos profissionais de Enfermagem e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde.

Com a crescente preocupação com a qualidade dos cuidados, as Organizações de Saúde apostam na implementação de SI para otimizar os seus processos e, assim, maximizar resultados (Pereira, 2009). A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e, a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária.

Para o mesmo autor, a implementação de um SI permite melhorar a prática clínica, adequar os cuidados de saúde, aumentar a eficiência e efetividade das organizações de saúde.

Atualmente na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano [ULSNA] a maioria das equipas de Enfermagem trabalham com o SI SCLínico, utilizando a linguagem CIPE. Em entrevista à revista da Ordem dos Enfermeiros [OE] a Dr.^a Carmen Pignatelli, Ex Secretária de Estado Adjunta 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).

Desta forma, compete ao enfermeiro gestor a responsabilidade da 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.

A UCIDEM é dos poucos serviços da ULSNA que ainda não possui tal SI, podendo este vir a ser utilizado na mesma unidade num futuro próximo. Sendo a UCIDEM um

serviço muito específico, para que o sistema seja implementado, terá de se adequar a linguagem às necessidades do serviço em questão.

Serve o relatado neste documento, como contributo para a implementação do programa informático no referido serviço. O presente relatório surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, onde se preconizava um estágio, a desenvolver numa unidade de saúde. Neste caso concreto, o estágio foi desenvolvido na UCIDEM da ULSNA de Outubro 2013 a Fevereiro de 2014.

Depois de adquiridos os conhecimentos teóricos, é altura de consolidar esses saberes, pondo-os em prática, numa estratégia de aprofundamento e reforço das competências fundamentais para a correta e adequada prática de cuidados de saúde especializados.

Como estratégia de aprendizagem preconiza-se que os alunos desenvolvam competências na área de Gestão de Unidades de Saúde.

A motivação da mestranda para o estágio passa por uma grande expectativa de aprendizagem e enriquecimento pessoal/profissional já que trata contextos diferentes daqueles em que tem exercido a sua atividade profissional. Para Carvalho (2003), um estágio ocupa um papel importante na medida em que: Apropria saberes; Desenvolve competências de Enfermagem; Contacta com a realidade; Estimula a crítica reflexiva e Estimula a reflexão pessoal.

Sendo assim, os Objetivos definidos para este estágio são:

Objetivo geral:

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

Objetivos específicos:

- Resolver problemas numa perspetiva de integração e interdisciplina;
- Utilizar os conhecimentos teóricos atualizados 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;

- Efetuar 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;
- Refletir sobre os problemas de natureza ética e normativa e as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.

Após esta breve introdução, este documento é constituído por seis capítulos, sendo o primeiro a fundamentação conceptual, o segundo a análise do contexto onde se realizou o estágio, o terceiro a metodologia utilizada, o quarto a análise dos objetivos definidos e no quinto será esquematizado o contributo final para a UCIDEM. O último capítulo narra as considerações finais.

1 – FUNDAMENTAÇÃO CONCEPTUAL

1.1 – SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

1.1.1 – Registos e Sistemas de Informação em Enfermagem

Nos últimos 30 anos, a Enfermagem evoluiu significativamente no sentido de uma prática mais independente e de uma maior explicitação dos cuidados de Enfermagem. A acompanhar essa mudança, os registos de Enfermagem, até então, por vezes meras descrições sumárias de tarefas executadas, muitas delas sob prescrição de outros profissionais de saúde, têm gradualmente vindo a representar, de uma forma cada vez mais exaustiva, o trabalho dos enfermeiros passando também a ser mais fundamentados por conhecimentos científicos próprios. Castonguay citado por Leal (2006) refere mesmo, que a documentação dos cuidados se tornou sinónimo dos próprios cuidados, pelo que um cuidado não registado é considerado não prestado. O mesmo autor considera que quando os registos são de boa qualidade refletem cuidados de Enfermagem de boa qualidade.

Os registos são hoje, indubitavelmente, um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros independentemente do campo onde desenvolvam a sua atividade profissional. Através deles “é possível assegurar a continuidade dos cuidados, obter dados para avaliação e desenvolvimento da disciplina de enfermagem e, não menos importante, prosseguir o desafio de dar visibilidade à profissão”. (Leal, 2006:29).

O mesmo autor refere ainda que é recorrendo aos registos que os enfermeiros comunicam as suas observações, decisões e intervenções, bem como os resultados esperados dessas ações. Leal acrescenta que “a documentação dos cuidados é um dever profissional dos enfermeiros: os registos têm validade legal e, como tal, «devem evidenciar as decisões tomadas, as intervenções realizadas junto do doente, assim como porquê, como e quem as levou a cabo»” (2006:30). De facto, uma das múltiplas razões

para que os registos adquiram uma importância cada vez maior é a necessidade crescente de transmitir, com rigor e segurança, a informação relacionada com os clientes a outros prestadores de cuidados de saúde.

Desta forma os registos constituem uma valiosa e permanente fonte de informação que assegura diversas finalidades tais como: demonstração de uma abordagem sistemática dos cuidados de Enfermagem (avaliação inicial, identificação dos problemas, estabelecimento de objetivos, formulação de plano de cuidados, avaliação dos cuidados), demonstração de responsabilidade pelas ações de Enfermagem, proporciona um meio de comunicação eficaz entre todas as pessoas envolvidas nos cuidados, proporciona um registo de ocorrências especiais ou inesperadas, proporciona um registo permanente para referência futura (Leal, 2006). O mesmo autor refere ainda que é “através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional”. (Leal, 2006:39).

Sintetizando, pode então dizer-se que os enfermeiros têm consciência da necessidade e da obrigação legal de documentar os cuidados que prestam devido principalmente a cinco motivos: “Promover a continuidade de cuidados; Produzir documentação dos cuidados; Possibilitar a avaliação dos cuidados; Facilitar a investigação sobre os cuidados e Otimizar a gestão dos cuidados.” (Silva 2006:18).

Se como enfermeiros queremos que a nossa atividade profissional não seja meramente empírica, torna-se assim necessário que justifiquemos todos os nossos atos que se prendem diretamente com a pessoa, só possível através do registo sistemático das nossas apreciações e decisões fundamentadas num modelo de cuidados de Enfermagem sólido, credível e internacionalmente aceite. A utilização de registos contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Por outro lado reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e satisfação, quer de quem presta cuidados como de quem os recebe. (Costa, citado por Simões, 2007).

Outro aspeto prende-se ainda com a necessidade, cada vez mais sentida, de gerir bem os recursos, que vem acelerar o movimento da informatização na saúde (Simões, 2007). O mesmo autor acrescenta que hoje o primeiro recurso a gerir é a informação, assim os SIE têm sido alvo de investigação e reflexão, para que a natureza peculiar dos

cuidados de Enfermagem não fique invisível nos sistemas de informação do futuro. Contudo, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, reduzida, impossibilitando, portanto, a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações (Simões, 2007).

Deste modo, é importante referir que a visibilidade social do exercício profissional dos enfermeiros, e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são gerados a partir da informação documentada pelos mesmos ao nível da prestação de cuidados de Enfermagem (Silva, 2006).

De facto, os enfermeiros constituem o maior grupo profissional da área da saúde, sendo por conseguinte, o grupo que mais decisões toma e mais atos pratica. Pela natureza e especificidade das funções que exercem, os enfermeiros são os que mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e de documentação sobre a saúde dos cidadãos. Para que essa informação seja aceite torna-se necessário que os enfermeiros utilizem na prestação de cuidados uma metodologia científica, isto é, os enfermeiros ao planearem os cuidados a prestar, devem-no fazer de uma forma lógica e mais apropriada à situação através da utilização dos modelos teóricos de Enfermagem e aplicação do processo de Enfermagem (Costa, citado por Simões, 2007).

A OE assume que a questão dos SIE é uma questão estratégica, de tal forma que Sousa (2006) refere que a primeira razão é o facto de querermos objetivamente investir em ganhos em saúde. Para tal, defende que é necessário o envolvimento de todos os profissionais que para eles contribuem, com vista a identificar a contribuição da Enfermagem para estes ganhos em saúde; o que não será possível sem um sistema de informação que permita garantir a identificação dos resultados dos cuidados de Enfermagem.

A segunda razão apontada por Sousa (2006) advém do facto de não nos podermos alhear das alterações que neste momento existem em relação às orientações de gestão das Instituições de Saúde. O que significa que sem um sistema que evidencie os cuidados de Enfermagem, facilmente ficaremos alheios ao financiamento e se correrá o risco de se confundirem cuidados de Enfermagem com atos médicos.

A terceira razão pela qual a OE considera que a questão dos SIE é uma questão estratégica é pelo facto de entender que a evolução histórica da Enfermagem tem demonstrado que a sua mais-valia nos cuidados de saúde há-de ser cada vez maior, à medida que vamos sendo capazes de desenvolver mais o nosso conhecimento, ou seja, o desenvolvimento científico da profissão.

Não obstante a unânime importância que todos lhe atribuem, o desenvolvimento dos registos tem sido algo atribulado ao longo da história recente da Enfermagem, não havendo geralmente, proporcionalidade entre essa importância e o que se investe na sua elaboração.

Da literatura consultada sobre o tema, emergem com alguma frequência determinados aspetos que podem influenciar negativamente a elaboração de registos ou, pelo menos a sua qualidade. Leal (2006) citando Rodden e Bell considera que uma das barreiras à realização dos registos pode ser o facto de, em determinados contextos, estes serem vistos como uma tarefa administrativa, no entanto são perentórios em afirmar que “registar os cuidados prestados não é, nem pode ser, encarado como uma tarefa administrativa, mas como parte integrante dos cuidados holísticos”. (2006:47).

Leal (2006) citando Juntilla *et al* argumenta que os registos não descrevem as atividades de Enfermagem nem cobrem todos os aspetos dos cuidados e sugerem que o recurso aos registos eletrónicos poderia reduzir o tempo consumido na sua elaboração e melhorá-los em quantidade e qualidade. Equacionam os seguintes “problemas e deficiências: documentação inadequada, inexata, interpretativa, incoerente, inconsistente e irregular; dados paralelos e redundantes; consumo de tempo; e falta de terminologia padronizada”. (2006:47).

O mesmo autor citando agora Sweeney, para além de se referir às diversas dificuldades já expostas, aponta a falta de tempo como um problema que coloca os enfermeiros perante o dilema de decidirem se elaboram registos dos cuidados prestados ou se prestam cuidados. O mesmo autor menciona, ainda, um aspeto que na maioria dos serviços do no nosso país é de grande pertinência: a inexistência de espaços favoráveis à reflexão e elaboração dos registos. Outros estudos apontam como obstáculos, a demora que esta atividade requer, referindo que os enfermeiros consomem 30% do seu tempo na elaboração de registos (Stephens & Mason, citado por Leal, 2006). Silva (2006) acrescenta que num estudo realizado em três hospitais de Nova Iorque, estimaram que os enfermeiros das unidades de doentes de agudos despendiam entre 30 a 40% do seu tempo em atividades de processamento de informação, estes achados levaram os

administradores hospitalares a tentar os sistemas de informação computadorizados no sentido de controlar os custos e melhorar os cuidados através da redução do tempo gasto pelos enfermeiros no trabalho com papéis e libertando-os assim, para a prestação de cuidados diretos.

Apesar dos obstáculos extraídos da literatura consultada serem perfeitamente conhecidos dos enfermeiros portugueses, os registos de enfermagem não só têm sobrevivido como têm progredido nos últimos anos. Tal acontece, seguramente, porque na generalidade, os enfermeiros partilham da opinião veiculada num estudo, em que a maioria dos enfermeiros considerou que os registos de enfermagem “eram altamente favoráveis para a sua prática diária e para aumentarem a segurança dos clientes.” (Bjorvell et al., citado por Leal 2006:48). O mesmo autor acrescenta que as organizações de saúde deveriam investir na melhoria gradual das condições que favorecem a elaboração dos registos.

Os enfermeiros têm tido um forte investimento e dedicação à investigação no domínio dos SIE, de forma a desenvolverem conhecimento promotor da criação de modelos que otimizem a forma de gerir, organizar e tratar a informação que deriva dos cuidados de Enfermagem, tendo sempre como linha orientadora o desenvolvimento da prática clínica, acrescentando-lhe qualidade.

Figueiredo e Raleiras (2012) referem-nos que em Portugal, há quase duas décadas que se têm vindo a desenvolver estudos sobre a relevância da informação para a qualidade dos cuidados de Enfermagem. Resultado do desenvolvimento de investigação no território dos SIE, Silva (2006), perspetivando um processo de mudança significativa no suporte e no conteúdo da informação processada, utilizada e disponibilizada pelos enfermeiros, refere que “(...) o desafio consiste em evoluir dos registos de enfermagem para SIE que incorporem entidades de informação associadas ao processo de tomada de decisão dos enfermeiros no modelo de dados” (Silva, 2006:37)

A OE, atenta a estas tendências e mudanças, assumindo que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, definiu para os enfermeiros que exercem a sua atividade em Portugal, um conjunto de Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2003), fazendo parte de um conjunto de pilares do Quadro de Referência da Profissão. Deste trabalho resultou um conjunto de seis enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional, como linhas orientadoras da prática dos enfermeiros. O 6º enunciado descritivo – A organização dos cuidados de Enfermagem – demonstra uma preocupação com o desenvolvimento de SIE eficazes e

consistentes, onde é referido: “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, 2003:151). Relativamente a outro dos pilares do Quadro de Referência da Profissão, elaborado pela OE – Competências do Enfermeiro de cuidados gerais – no domínio da prestação de cuidados e relacionado com os SIE, podemos ler como requisito fundamental dos enfermeiros generalistas “Utiliza a tecnologia da informação disponível, de forma eficaz e apropriada” e “Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde” (OE, 2003:56).

Deste modo, a OE, dando uma grande relevância à informação para o processo de tomada de decisão clínica, associado à necessidade de informatização dos serviços de saúde e, particularmente, ao desenvolvimento de SIE, fez um conjunto de propostas ao Ministério da Saúde onde se refere às estratégias que viabilizem e agilizem os processos que conduzem à reformulação, desenvolvimento e implementação do sistema de suporte eletrónico para as Instituições de Saúde. Propôs a OE que tal sistema fosse integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, tornando possível a gestão da informação em diferentes níveis de utilização e a produção de conhecimento, bem como, propôs que as aplicações informáticas funcionassem de forma interoperável a partir de outros módulos existentes e em conformidade com as normas internacionais (OE, 2005).

Independentemente de opções filosóficas ou metodológicas partilhadas, toda a literatura consultada é consensual ao afirmar que a elaboração de registos é uma atividade de Enfermagem da maior relevância. “Já quanto à modalidade em que o registo deve ser elaborado, a diversidade de opinião é grande.” (Leal, 2006:49).

Importa neste contexto clarificar conceitos:

Sistemas de Informação de Saúde – “é um conceito amplo que se reporta a uma disciplina em rápida evolução (informática da saúde), que toma por objeto a organização, a gestão e o tratamento da informação gerada no âmbito da prestação de cuidados de saúde; a sua computação e comunicação, e a utilização de métodos e técnicas para apoiar os campos da saúde: medicina, farmácia, enfermagem, etc.”(Goossen, citado por Silva, 2006:33).

Sistemas de Informação em Enfermagem – “Refere o esforço de análise, formalização em modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação de dados

em informação e conhecimento – promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência – tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional em Enfermagem. Atualmente, o suporte mais frequente dos SIE é o papel, no entanto, previsivelmente, no futuro os SIE tenderão a utilizar suportes eletrónicos. É do SIE que se extrai a documentação de enfermagem (histórico formal de um episódio de prestação de cuidados de enfermagem)”. (Goossen, citado por Silva, 2006:34).

1.1.2 – Tecnologias de Informação em Enfermagem

Uma questão muito controversa é a dos registos informatizados. Para Silva (2006), a utilização de ferramentas informáticas parecem anunciar uma nova oportunidade para, em frações de segundos, se responder a perguntas colocadas aos registos de Enfermagem, permitindo à organização, o tratamento e gestão dos dados, informação e conhecimento processados na documentação dos cuidados. No entanto, as respostas positivas às perguntas dependem dos dados que residem nos registos de Enfermagem e da estruturação dos dados alojados no sistema. “O modelo que estrutura os dados no sistema, necessita ser concebido. E só os enfermeiros podem apresentar os modelos de dados que melhor servem as práticas e o desenvolvimento dessas mesmas práticas.” (Silva, 2006:37).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010 apontou como intervenções necessárias as que permitam desenvolver um plano estratégico de sistemas de informáticos da saúde, notando-se aqui uma consciencialização de quão importante seria proceder à informatização da informação no domínio da saúde (Leal, 2006). Desta forma, é atualmente comum dizer que nos encontramos na era da informação. Toda a gente o afirma! Um pouco por todos os países desenvolvidos, a era da informação tem tido repercussões significativas no âmbito da saúde, com as organizações a desenvolverem esforços sucessivos para se manterem atualizadas.

Leal (2006) refere que a tecnologia da informação tem assim, vindo a conquistar um papel cada vez mais preponderante na gestão, distribuição e armazenamento da informação no sector da saúde.

Para Silvestre (2009) ao longo das últimas décadas, foram-se desenvolvendo sistemas informáticos nas instituições de saúde aos quais os enfermeiros não foram

alheios. Para o mesmo autor, segundo a Associação Norte Americana de Enfermagem [ANA] a informática em Enfermagem define-se como:

“a área de conhecimento que diz respeito ao acesso e uso de dados, informação e conhecimento, para padronizar a documentação, melhorar a comunicação, apoiar o processo de tomada de decisão, desenvolver e disseminar novos conhecimentos, aumentar a qualidade, a efectividade e a eficiência do cuidado em saúde, fornecendo maior poder de escolha aos clientes e fazer avançar a ciência de Enfermagem.” (Silvestre, 2009:125).

Segundo Silvestre (2009), nas décadas de 80 e 90 surgiram alguns sistemas informáticos nos EUA e no Canada, com especial incidência para a Classificação de Omaha, *Community Health System* a qual era um sistema de informação tendo por base uma lista de problemas de utentes diagnosticados pelas enfermeiras numa comunidade de saúde nos Estados Unidos. A proposta do sistema oferecia um método que organizava, identificava e denominava o que seria de interesse para a prática de Enfermagem. Este sistema deu origem a uma Classificação dos Resultados de Enfermagem denominada NOC, sistema no qual os resultados são conceitos para serem medidos ao longo do ciclo de vida do utente que, por sua vez, deu origem à CIPE, sistema que consiste numa Classificação Internacional para a prestação de cuidados de Enfermagem.

Em Portugal foi na década de 90 que os enfermeiros foram aperfeiçoando programas, com a ajuda de técnicos informáticos do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde [IGIF], “no âmbito da sua responsabilidade como parceiros do projeto Telenurse, que teve como preocupação a promoção do desenvolvimento das aplicações da telemática à Enfermagem, desenhadas para registar e organizar os dados clínicos, descrever a prática clínica de enfermagem” (Silvestre, 2009:125). Mais tarde foram surgindo alguns sistemas informáticos direcionados aos utentes em algumas Instituições de Saúde tais como o SAPE e o PICIS.

Segundo Silvestre (2009) o SAPE é um aplicativo informático, que permite a integração de outros aplicativos (ex: SAM) e de ser integrado noutros já existentes cujo objetivo é a informatização dos registos de Enfermagem desenvolvidos em Instituições de Saúde (Centros de Saúde e Hospitais).

O mesmo autor refere ainda que esta aplicação visa o tratamento e a organização da informação processada na documentação de Enfermagem, tendo em vista a gestão do recurso de informação, numa lógica de promoção da qualidade da assistência em

Enfermagem. A informação específica desta aplicação orientada para a atividade do enfermeiro nos Cuidados de Saúde Primários ou dos Cuidados Diferenciados tem sido objeto de tratamento e organização nestas instituições e pode ser dividida em quatro grupos: registo das intervenções que resultam das prescrições médicas, registo de fenómenos/intervenções de enfermagem, plano de trabalho por contacto e tabelas de sistema.

O SINUS, que foi referido anteriormente, trata-se de um sistema de informação aplicado nas Unidades de Saúde Comunitárias, que estrutura e integra a informação nestas instituições e baseia-se na filosofia de: um utente, um número único de identificação no Centro de Saúde. Desta forma, a aplicação informática aponta para a integração do utente num processo de família, dispondo também de um número nacional do cartão do utente do Serviço Nacional de Saúde [SNS], como acontece com o SONHO, um sistema informatizado de gestão de doentes hospitalizados aplicado nos Hospitais.

Nos Hospitais, inicia-se a ligação do SAPE ao SONHO, enquanto nos Centros de Saúde o SAPE iniciou a sua ligação com o SINUS.

Em 2013 assiste-se à substituição do SAPE pelo SCLínico, este é um software evolutivo, que une o SAM e o SAPE, de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde. A aplicação mantém as funções dos “velhos” softwares, organizadas dentro de um novo layout gráfico que facilita a usabilidade da aplicação. O SCLínico insere-se na estratégia definida pelo Ministério para a área de informatização clínica do SNS, que prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação.

Para Silvestre (2009) existe quem defenda que tal como o SINUS, o SONHO está implementado de uma forma padronizada, particularmente administrativa, gerando algumas falhas na organização das Instituições de Saúde. A ausência ou falta de organização, em alguns sectores hospitalares, fez com que houvesse a necessidade de surgirem outros sistemas complementares. Desta forma “O IGF anunciou, em 2007, a aquisição do ALERT no mercado como um novo sistema informático, moderno e transversal, para substituição dos sistemas SONHO e SINUS” (Silvestre, 2009:126).

O ALERT é um sistema que possibilita a obtenção de dados sobre os doentes e os profissionais de saúde em tempo real, o sistema permite a partilha de informação, facilita o acesso ao histórico e evita problemas de legibilidade e de comunicação entre os funcionários.

Trata-se de uma aplicação com patente portuguesa, desenvolvida pela *ALERT Life Sciences Computing S.A.*, que possibilita o lançamento, a interligação e a reutilização de dados recolhidos em episódios de urgência anteriores, o registo de todo o percurso do utente (histórico clínico).

O desenvolvimento das aplicações informáticas tem contribuído para o aparecimento de uma indústria, com potencial para se tornar na terceira maior indústria no sector da saúde, após a indústria farmacêutica e o equipamento médico/visualização gráfica.

Silvestre (2009) refere que o objetivo das tecnologias da informação e comunicação para a saúde (também conhecido como *eHealth*) é o de melhorar significativamente a qualidade, acesso e eficácia dos cuidados de saúde disponíveis a todos os cidadãos. O relevo assumido pelas atividades de investigação no âmbito *eHealth* ao longo das duas últimas décadas tem colocado a Europa numa posição de liderança na utilização de redes regionais de saúde, registos de saúde eletrónicos de cuidados primários e implantação de cartões de saúde.

Para Silvestre (2009) o emprego dos sistemas de informação deve ser intrínseco aos cuidados de Enfermagem. A informática deve facilitar a tomada de decisão dos enfermeiros melhorando a qualidade dos cuidados prestados ao paciente, assim como o seu bem-estar. Deve igualmente assegurar a qualidade da assistência; fornecer aos enfermeiros dados, informações e conhecimentos para avaliar os custos e a eficácia dos cuidados, tendo como principal finalidade a proteção, segurança e privacidade das informações dos pacientes e dos profissionais.

Goossen citado por Silva (2006) refere que os sistemas computadorizados apresentam contudo limitações uma vez que nem todos os aspetos dos cuidados de Enfermagem podem ser representados. “Habitualmente, os aspetos linguísticos e cognitivos dos cuidados de Enfermagem são adequadamente incluídos nos SIE em suporte eletrónico, no entanto, os aspetos que referem algumas áreas da existência humana como os sentimentos, a identidade e a filosofia do cuidar, não.” (Silva, 2006:31). A implicação disto é que, quando os SIE são desenvolvidos e utilizados na prática, ambos os motivos e respetivas consequências para os cuidados devem ser discutidos desde o início com os enfermeiros envolvidos e mais importante, obtida a respetiva aceitação. O mesmo autor refere que são inúmeras as descrições de insucesso na implementação de sistemas de informação em várias áreas da sociedade. Esses

problemas conduziram a novas abordagens no desenvolvimento de tecnologias da informação, nas quais o envolvimento dos utilizadores é aspeto central.

Existe também necessidade de analisar um outro aspeto ligado à problemática dos SIE: a perspetiva de mudança no suporte da informação. Dos SIE em suporte de papel, com os seus impressos tradicionais próprios, que se caracterizam pela sua natureza pouco estruturada e pela utilização de texto livre para produzir narrações do processo de cuidados pouco sistemáticos e cronologicamente orientadas (Silva,2006). O mesmo autor acrescenta que os enfermeiros poucas vantagens extraem da informação processada nesses registos, ou seja, não retiram conhecimento da experiência documentada. Acresce que a falta de recompensa do ritual de fazer os registos circunscreve o interesse dessas atividades, à produção de documentos de valor legal. O tempo despendido a produzir a documentação é, como já referido anteriormente, visto como tempo mal empregue.

Neste contexto, urge melhorar a utilidade dos registos de Enfermagem, devendo-se perspetivar a evolução para o suporte eletrónico, com os seus interfaces de introdução e acesso à informação. Para Silva (2006), acrescenta-se uma nova faceta do problema dos SIE que se reporta em primeiro lugar à perspetivável necessidade de aquisição de competências por parte dos enfermeiros para lidar com os SIE computadorizados envolvendo-se na reengenharia dos registos de Enfermagem. Em segundo requer-se a conceção de modelos que incorporem novas entidades de informação na estrutura de dados e novos conteúdos baseados em classificações de Enfermagem. E em terceiro, para obter-se vantagem do conhecimento e experiência armazenados no sistema, torna-se necessária a evolução dos SIE do suporte de papel para o suporte eletrónico.

O exercício profissional dos enfermeiros concretiza-se num ambiente multiprofissional e num determinado contexto organizacional. Como tal Hoy citado por Silva (2006) diz-nos que não pode analisar-se os SIE sem considerar as pessoas, as estruturas organizacionais e os processos de recolha, processamento e utilização da informação. Pode-se assim considerar que existem aspetos fundamentais da problemática referente aos processos de mudança nos SIE. Assume-se que os SIE desejados caracterizam-se por:

- “ – Incluir organização, gestão e tratamento de informação referente ao processo de enfermagem;
- Incluir uma classificação de enfermagem, enquanto estrutura de linguagem uniforme, que viabilize a comunicação e a

continuidade de cuidados, que permita gerar indicadores do exercício profissional dos enfermeiros – e dando visibilidade ao contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações;

- Possibilitar a utilização da linguagem natural – em texto livre – por forma a não limitar a descrição das necessidades em cuidados de enfermagem e das intervenções de enfermagem, ao uso de classificações;
- Reduzir a duplicação de dados;
- Aumentar a acessibilidade aos dados, informação e conhecimento gerados no SIE;
- Servir o modelo em uso sem limitar o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos expostos.” (Silva, 2006:35).

Em Portugal, assiste-se a um aumento progressivo da consciencialização da relevância da informação como o recurso essencial para a qualidade dos cuidados de Enfermagem (Sousa, 2012). A investigação em Enfermagem tem contribuído, através dos seus percursos nos contextos da prática, para o desenvolvimento de soluções capazes de promover nos enfermeiros a tomada de decisão. Para o mesmo autor, assistiu-se à evolução natural dos SIE, de estruturas em papel para os SIE informatizados, que permitiu a construção de um novo modelo de dados para o SIE, ao nível da estrutura e conteúdo: ultrapassaram-se algumas dificuldades associadas à disponibilização de informação; os dados deixaram de estar unicamente centrados nas tarefas desenvolvidas pelos enfermeiros e na descrição narrativa dos acontecimentos; procedeu-se à inclusão CIPE; procedeu-se à articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada; incorporaram-se enunciados diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; e, entre outros contributos, melhorou-se a integridade referencial entre os elementos da documentação de Enfermagem (Sousa, 2012).

É, neste contexto, que emerge a importância das terminologias em Enfermagem, facto que levou a OE e o próprio governo português, a assumir a CIPE, como standard internacional de terminologia de enfermagem, a ser garantido em todos os sistemas de informação em saúde, nomeadamente no registo de saúde eletrónico.

A CIPE continua a ser o referencial de linguagem nos sistemas informáticos de Enfermagem. É uma classificação estruturada e organizada, na qual assenta a organização e sistematização da informação em Enfermagem. Os pesquisadores, na área dos SIE, continuam a argumentar que a linguagem utilizada pela CIPE é uma linguagem comum aos enfermeiros e como tal é um aspeto importante para a formalização do conhecimento próprio destes profissionais.

1.2– CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

As tecnologias da informação tornam-se uma força da maior importância no objetivo de melhorar o acesso, custo e qualidade dos cuidados de saúde. Suportam a documentação sistemática dos cuidados e permitem que os dados acerca dos serviços de cuidados de saúde recursos e resultados, dos clientes sejam guardados em repositórios que possam ser acedidos e analisados para avaliar os cuidados de saúde e gerar novos conhecimentos (CIPE®, 2011).

A CIPE dá um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Sendo uma terminologia padronizada, a CIPE consegue gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de Enfermagem. Enquanto quadro de referência unificador, a CIPE também pode mapear-se com outras terminologias para expandir os conjuntos de dados para recuperação e análise. Os resultados dos cuidados prestados aos doentes ou clientes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de Enfermagem, de modo a que aquilo que os enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados do doente ou cliente, possa ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo (CIPE®, 2011).

A CIPE é um sistema de linguagem de Enfermagem, com uma terminologia funcional para sua prática. O seu principal objetivo é unificar vocabulários locais num vocabulário abrangente e universal, para servir como uma infraestrutura de informação da Enfermagem, de forma a melhorar a prestação dos serviços de saúde. Outros objetivos propostos pela CIPE é a representação de conceitos e a descrição de cuidados utilizados na prática local e mundial (Lopes, 2011).

Foi concebida como uma ferramenta de documentação que se adapta numa ferramenta estatística, ou seja, para um enfermeiro clínico a CIPE tem que conseguir capturar vários detalhes da prática de Enfermagem, e para um enfermeiro investigador a CIPE tem que ser capaz de produzir conjuntos de dados específicos e pequenos. Esta utilização de dados para fins além de administrativos trás inúmeras vantagens sobre outras classificações existentes, e permite o uso de dados clínicos para a investigação sem a necessidade de primeiro ter que tratar (Lopes, 2011).

A proposta inicial da construção da CIPE ocorreu em 1989, a partir do *International Council of Nurses* [ICN]. Este Conselho, comprometido em promover o avanço e a

visibilidade da Enfermagem no mundo, é composto atualmente por 126 membros, que representam 105 Associações Nacionais de Enfermagem e 21 Centros Colaboradores de Enfermagem da Organização Mundial de Saúde [OMS] (Barra e Sasso, 2012). Desde então, vários estudos, reuniões e congressos têm sido realizados em várias partes do mundo, com o intuito de aperfeiçoar este sistema de classificação.

Em 1996 foi publicada a CIPE versão Alfa, procedida das publicações CIPE versão Beta, em 1999, CIPE versão Beta 2, em 2001 e, finalmente, em 2005, a CIPE versão 1.0. Em 2006, a CIPE® versão 1.0 foi traduzida para a língua portuguesa, por meio dos esforços da OE de Portugal e em 2007, esta versão foi traduzida para o idioma português brasileiro. Em 2008 publicou-se a CIPE versão 1.1 e em Julho de 2009, foi lançada a versão 2.0 da CIPE.

A CIPE versão Alfa, considerada um marco unificador, afirmou que este sistema de classificação forneceria um novo vocabulário e uma estrutura na qual os vocabulários existentes poderiam ser mapeados e comparados com outros sistemas de classificação conhecidos. Nesta versão, os conceitos mundialmente utilizados pelos enfermeiros estavam agrupados e organizados de forma hierarquizada (Barra e Sasso, 2012).

A CIPE versão Beta, lançada em 1999, deu oportunidade aos enfermeiros de participação contínua no processo de desenvolvimento e expansão da mesma. Neste momento, a CIPE pretendia estabelecer uma linguagem comum, para descrever e documentar a prática da Enfermagem, fornecendo aos enfermeiros um vocabulário que pudesse ser utilizado para incluir dados de enfermagem nos sistemas de informação computadorizados. A CIPE versão Beta estimulava o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas de atuação dos enfermeiros, contribuindo assim para o desenvolvimento da linguagem em Enfermagem.

Segundo Barra e Sasso (2012) a versão Beta 2, publicada em 2002, foi definida, operacionalmente, como uma classificação de fenómenos, ações/intervenções e resultados de Enfermagem, que descrevia a prática. Elaborada numa terminologia combinatorial, através de uma estrutura multiaxial, esta versão era composta por oito eixos na estrutura de classificação dos fenómenos de Enfermagem, e mais oito eixos na classificação das ações de Enfermagem. A versão Beta 2 foi a mais amplamente utilizada em nível mundial. Os enfermeiros, ao utilizarem a CIPE versão Beta 2, realizaram estudos/pesquisas de traduções, validações de termos, definições de conceitos, descrição de fenómenos e intervenções de Enfermagem, e relatórios de análises, dando origem à publicação da CIPE versão 1.0 (Barra e Sasso, 2012).

A CIPE versão 1.0 refletiu as principais reformulações apontadas pelos enfermeiros, proporcionando um sistema de classificação tecnologicamente mais robusto e mais acessível para esses profissionais. Esta nova versão possibilitou a “transição das duas classificações de 8 eixos da versão beta 2 para um modelo de 7 eixos. A nova estrutura simplificou imenso a representação e isso resolveu, em larga medida, a redundância e ambiguidade inerentes na versão beta 2” (ICN 2005, citado por OE, 2011:17). A versão 1.0 permitiu que os enfermeiros documentassem sistematicamente e de forma integrada sua prática, utilizando os diagnósticos, as intervenções e os resultados de Enfermagem, em diversos contextos populacionais.

Para os autores atrás referidos, a versão 1.0 é considerada mais que um vocabulário, ou seja, é um recurso que pode ser utilizado, para desenvolver novos vocabulários e identificar a relação entre conceitos e vocabulários, determinando assim, uma terminologia de referência.

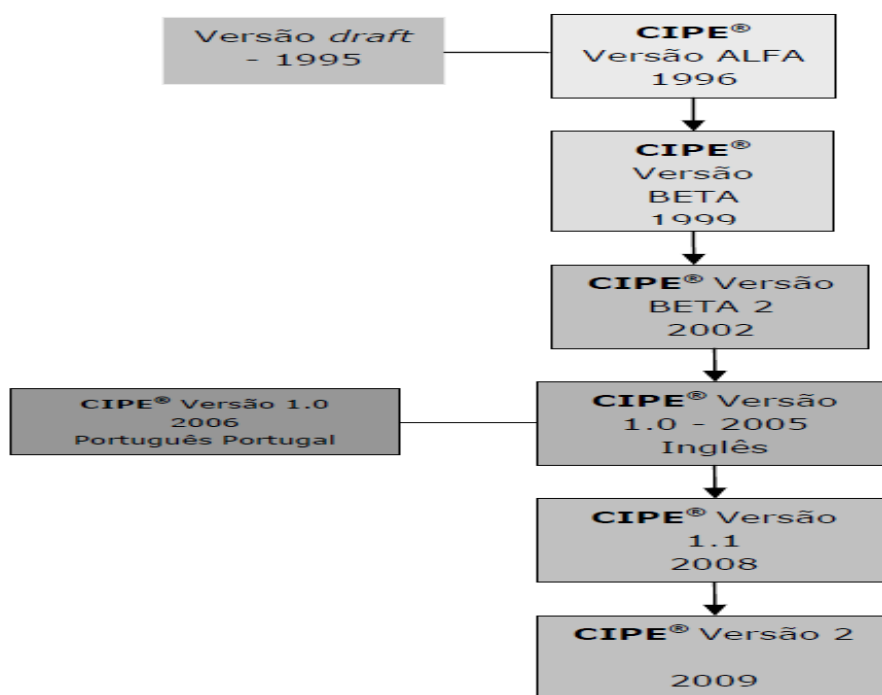
Em 2008, o ICN novamente fundamentado nas avaliações e nas recomendações dos enfermeiros, apresentou a versão 1.1 da CIPE, nesta versão foram incluídas as declarações de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, no corpo da classificação; tais declarações foram resultados dos esforços dos enfermeiros para a elaboração de Catálogos de Enfermagem direcionados para determinadas áreas da prática profissional. Ainda em 2008, a CIPE foi incluída pela OMS, na Família das Classificações Internacionais [FCI]. Este foi o facto determinante para nova adequação da estrutura da CIPE® à estrutura das outras classificações da família, culminando com o lançamento da versão 2.0, em Julho de 2009, durante o congresso do ICN, realizado na África do Sul. Na versão 2.0, mais de 400 novos conceitos foram inseridos na sua estrutura, visando garantir a consistência e a precisão deste sistema de classificação (Barra e Sasso, 2012).

Desta forma pode afirmar-se que o longo dos anos a CIPE tem vindo a ser aperfeiçoada, tendo já passado por 6 versões e algumas alterações estruturais, devido ao contributo de vários enfermeiros e peritos de todo o mundo. Contudo continuam a ser pertinentes nos dias de hoje os critérios propostos pelo ICN em 1989, referindo que a CIPE deve ser:

- “suficientemente vasta para servir os múltiplos propósitos requeridos por diferentes países;

- Suficientemente simples para ser vista pelo enfermeiro no dia-a-dia como uma descrição da prática com significado e como um meio útil de estruturar a prática;
- Consistente com quadros de referência conceptuais, claramente definidos mas não dependentes de um quadro de referência teórico ou de um modelo de Enfermagem em particular;
- Baseada num núcleo central ao qual se podem fazer adições através de um processo continuado de desenvolvimento e refinamento;
- Sensível à variabilidade cultural;
- Que reflecta o sistema de valores comum da Enfermagem em todo o mundo, conforme expresso no Código para Enfermeiros do ICN; e
- Utilizável de forma complementar ou integrada com a família de classificações desenvolvida na OMS, cujo núcleo é a Classificação Internacional de Doenças.” (OE, 2011:13)

No quadro1 mostra-se a evolução da CIPE ao longo do seu desenvolvimento, até à CIPE Versão 2.



Quadro 1 - Versão CIPE. Adaptado (Lopes, 2011)

Centremo-nos então na versão Beta 2 uma vez que é esta a versão em uso na instituição onde se desenvolveu o estágio do presente relatório.

Como referido anteriormente a arquitetura da CIPE, versão Beta 2, consiste numa “classificação multiaxial e poli-hierárquica de fenómenos de Enfermagem e de ações de

enfermagem, que facilita a expressão de diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem” (ICN, citado por Leal, 2006:115). Virtualmente é composta por três pirâmides multiaxiais: a dos fenómenos de Enfermagem, a das ações de Enfermagem e a dos resultados de Enfermagem.

A partir de uma avaliação inicial do utente poderão ser definidos os fenómenos de 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.

Para que se possa fazer um diagnóstico tem que se ter em conta o fenómeno sobre o qual recai a intervenção, ou seja o aspeto de saúde com relevância para a prática de Enfermagem, foco de atenção dessa mesma prática. Desta forma, os conceitos existentes nos eixos da classificação dos fenómenos são o ponto de partida para a elaboração de um diagnóstico.

Os fenómenos de Enfermagem são constituídos por uma classificação composta por 8 eixos designados por letras, de A a H:

- “A – Foco da Prática de Enfermagem: é a área de atenção, tal como foi descrito pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de Enfermagem. Exemplos: dor, auto-estima, pobreza.
- B – Juízo: opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de Enfermagem sobre o estado de um fenómeno de Enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou do grau da manifestação do fenómeno de Enfermagem. Exemplos: reforçado, inadequado, melhorado.
- C – Frequência: número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de Enfermagem durante um intervalo de tempo. Exemplos: intermitente, frequente.
- D – Duração: intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de Enfermagem. Exemplos: agudo, crónico.
- E – Topologia: região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de Enfermagem. Exemplos: direito, esquerdo, parcial, total.
- F – Localização anatómica: posição ou localização no organismo de um fenómeno de Enfermagem. Exemplos: olho, dedo.
- G – Probabilidade: possibilidade de ocorrência de um fenómeno de Enfermagem. Exemplos: risco, oportunidade.
- H – Portador: entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de Enfermagem. Exemplos: individuo, família, comunidade.” (ICN, citado por Leal, 2006:117).

Os diagnósticos de Enfermagem devem ser efetuados com conceitos extraídos da classificação dos fenómenos organizados da seguinte forma: um diagnóstico de Enfermagem deve incluir um termo do eixo do foco, um termo do eixo do juízo ou do eixo da probabilidade. O recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico é opcional e somente um termo de cada eixo pode ser usado para a construção de um diagnóstico (ICN, citado por Leal, 2006).

As intervenções de Enfermagem estão ligadas às ações realizadas pelos enfermeiros na prática como resposta ao diagnóstico definido, com o intuito de conceber resultados, ou seja ganhos em saúde. Segundo a CIPE intervenção de Enfermagem “é uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem (...)” (CIPE®,2005:XX). As ações de Enfermagem são também constituídas por uma classificação de 8 eixos designados por letras de A a H, dos quais os termos podem ser extraídos para formular as intervenções de Enfermagem:

- “A - Tipo de acção: realizações levadas à prática por uma acção de Enfermagem. Exemplos: ensinar, inserir, monitorizar.
- B – Alvo: entidade que é afectada ou que confere conteúdo à acção de Enfermagem. Exemplos: dor, lactente, serviços domiciliários.
- C – Recursos: entidade usada no desempenho da acção de Enfermagem. Inclui os instrumentos, ou ferramentas utilizadas no desempenho da acção de Enfermagem, e os serviços, ou seja, trabalho ou plano específicos usados ao executar a acção de Enfermagem. Exemplos: ligaduras, treino vesical.
- D – Tempo: orientação temporal de uma acção de Enfermagem. O tempo 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. Exemplos: na alta, intra-operatório.
- E – Topologia: região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de Enfermagem. Exemplos esquerdo, total.
- F – Localização: orientação anatómica e espacial de uma acção de Enfermagem. A localização inclui os sítios do corpo, definidos como a posição ou localização anatómica de uma acção de Enfermagem, e o local, que se define como a localização geográfica onde ocorre a acção de Enfermagem. Exemplos: cabeça, braço, domicílio.
- G – Via: trajecto através do qual se realiza uma acção de Enfermagem. Exemplos: oral, subcutânea.

- H – Beneficiário: entidade a favor da qual a acção de Enfermagem é realizada. Exemplos: indivíduo, grupo.” (ICN, citado por Leal, 2006:118)

As intervenções devem incluir um termo do eixo de acção, o recurso, termos provenientes de outros eixos são opcionais, e somente um termo de cada eixo pode ser usado para a construção de uma intervenção (ICN, citado por Leal, 2006).

Os resultados 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.

Os resultados de Enfermagem recorrem aos termos constantes na classificação dos fenómenos para descrever os resultados relacionados com os diagnósticos de Enfermagem realçando, deste modo, o papel específico dos enfermeiros na consecução de 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).

As orientações da versão Beta 2 da CIPE para a composição de um resultado de Enfermagem devem: incluir um termo do eixo do foco; incluir um termo do eixo do juízo ou do eixo da probabilidade; o recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico é opcional; somente um termo de cada eixo pode ser utilizado para a construção de um diagnóstico; deve ser estabelecido num ponto no tempo, após ter sido realizada uma intervenção (ICN, citado por Leal, 2006).

Será, talvez importante realçar que a CIPE é o “primeiro sistema de classificação em enfermagem de âmbito generalista e de grande difusão que congrega e interrelaciona três etapas essenciais do trabalho de enfermagem: o diagnóstico, a intervenção e a medição sistemática dos resultados” (ICN, citado por Leal, 2006:120).

1.2.1 - CIPE® em Portugal

Em Portugal a CIPE é utilizada através da plataforma informática SAPE. O SAPE foi criado pelo Sr. En^o Abel Paiva, na sua tese de Doutoramento, na Escola Superior de São

João do Porto finalizada no ano de 2001 (Silva, citado por Lopes, 2011). O organismo central responsável pelo SAPE é a Administração Central do Sistema de Saúde.

O trabalho efetuado em Portugal sobre a CIPE tem como principal contribuidor o SAPE, que durante o seu desenvolvimento, procurou a sua implementação e também a construção de enunciados frequentemente utilizados. Este desenvolvimento foi levado a cabo através de três serviços-pilotos de três hospitais: a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, o Serviço de Medicina do Hospital Padre Américo, e o Serviço de Cardiologia do Hospital de São João. Todos estes enunciados desenvolvidos foram disponibilizados nos Hospitais que aderiram ao SAPE (Silva, citado por Lopes, 2011).

A CIPE tem uma forte adesão em Portugal, e através do SAPE é possível implementar a CIPE e parametrizar a linguagem de forma a adaptar a terminologia à área em que vai ser utilizada.

O SAPE contém vários enunciados pré-definidos que podem ser acrescentados ao serviço durante a sua instalação. Esta forte adesão e utilização do SAPE em Portugal é notável, tendo uma grande parte dos enfermeiros ultrapassado a fase inicial de adaptação à utilização do computador para a inserção de dados, tornando esta prática numa rotina que vem facilitar o registo de informação. Porém, o único proveito que se retira deste sistema atualmente é para a gestão financeira (Silva, citado por Lopes, 2011).

A versão da CIPE utilizada no SAPE é a Beta 2, e tendo em conta que no momento já existem quatro versões depois desta, a CIPE em Portugal está muito desatualizada e precisa urgentemente de uma atualização (Administração Central dos Sistemas de Saúde, citada por Lopes, 2011). Atualmente, todos os sistemas de informação da saúde em Portugal estão tecnologicamente desatualizados. No caso da Enfermagem, o SAPE não tem a capacidade de receber a versão mais recente da CIPE®, e precisa de evoluir de forma a se adaptar à nova versão. O problema principal é não haver serviços nem recursos que possam atualizar estes serviços e efetuar a sua manutenção (Pignatelli, citado por Lopes 2011).

Relembro que em 2013 assiste-se à substituição do SAPE pelo SClínico, este, é um *software* evolutivo, que une o SAM e o SAPE, de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde. No entanto a aplicação mantém as funções dos “velhos” *softwares*, organizadas dentro de um novo *layout* gráfico.

1.3 – UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Os cuidados intensivos evoluíram a partir do reconhecimento de que as necessidades dos doentes com patologias ou lesões agudas e com risco de vida seriam melhor satisfeitas se estes estivessem organizados em áreas distintas do Hospital.

Nos anos 1800, Florence Nightingale descreveu as vantagens de colocar os doentes a recuperar de cirurgia numa área separada do Hospital (Urden, Stacy, Lough, 2008). Importantes questões sociais também afetaram o desenvolvimento dos cuidados intensivos como especialidade. Durante a II Grande Guerra, foram criadas enfermarias de choque para os grandes traumatizados (Urden, et al, 2008).

A falta de enfermeiras após a guerra forçou ao agrupamento dos doentes em pós-operatório em áreas designadas como de recuperação, de modo a poderem ser convenientemente monitorizados e cuidados. As experiências tecnológicas e de combate dos profissionais de saúde durante as guerras do século vinte também trouxeram um impulso aos cuidados médicos e de Enfermagem especializados nas instituições civis.

A década de 1950 trouxe a nova tecnologia da ventilação mecânica e também a necessidade de agrupar no mesmo local os doentes submetidos a esta nova terapêutica. O desenvolvimento de novas intervenções e tecnologias médicas resultaram num reconhecimento crescente de que a Enfermagem era também importante na monitorização e observação dos doentes em estado crítico. “Os médicos dependiam das enfermeiras para observar as alterações críticas no estado do doente na sua ausência e, por vezes, dependiam das enfermeiras para iniciar o tratamento médico de emergência.” (Urden, et al, 2008:3).

À medida que a tecnologia sofisticada começava a servir de base a intervenções médicas mais elaboradas, os hospitais começaram a organizar unidades separadas para tornar mais eficiente o uso do equipamento e do pessoal com treino especializado. As unidades de cuidados intensivos médicos e cirúrgicos serviam para agrupar os doentes em estado mais crítico em localizações onde pudessem ser tratados por enfermeiras com conhecimentos especializados nessas áreas. “Nas unidades hospitalares criadas para doentes que necessitavam destes cuidados especializados, as enfermeiras assumiam muitas responsabilidades e funções até aí reservadas aos médicos e assumiam uma nova autoridade por virtude dos seus conhecimentos e competências.” (Urden, et al, 2008:4).

Hoje em dia, os cuidados intensivos são prestados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, com uma educação aprofundada no campo especializado dos

cuidados críticos. Os cuidados intensivos são prestados em serviços ou departamentos especializados e dá-se importância à continuidade dos cuidados, com uma transição eficiente de um serviço para outro. Os doentes aí internados estão em alto risco de problemas de saúde, reais ou potenciais, que ameaçam a vida (Urden, et al, 2008).

Desta forma, pode-se assim afirmar que nos últimos 50 anos assistiu-se ao aparecimento e desenvolvimento de uma das áreas mais marcantes no domínio da medicina, fruto de um excepcional desenvolvimento multidisciplinar não só na área da fisiopatologia e terapêutica, mas também das tecnologias utilizadas.

“É uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis.” (DGS, 2003:5).

A medicina intensiva é por natureza multidisciplinar e tem por objetivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de modo a criar condições para tratar a doença subjacente e, por essa via, proporcionar oportunidades para uma vida futura com qualidade (DGS, 2003).

Assim, é necessário concentrar competências, saberes e tecnologias em áreas dotadas de modelos organizacionais e metodologias que as tornam capazes de cumprir aqueles objetivos, sendo neste conceito que assenta a definição de Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. As UCIs definem-se e reconhecem-se em função de três critérios major:

“A prática: assenta num contínuo de acções e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, assegurados, em função das necessidades do doente, 24 por dia.

A avaliação: faz-se de harmonia com a função atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. A natureza de doentes admitidos, a taxa de sobrevivência, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para acorrer às necessidades decorre da missão atribuída a cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos. É a análise destas variáveis, quando feita de acordo com os objectivos, que permite definir os recursos necessários para cada Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos, bem como avaliar o respectivo desempenho.

A investigação: a monitorização contínua de cada um e do conjunto dos doentes, num contexto multidisciplinar de

diagnóstico e avaliação de resultados, permite compreender a doença cada vez melhor, acumular experiência, sistematizar a “memória do Serviço/Unidade de Cuidados Intensivos” e enriquecer saberes que devem servir para promover a qualificação dos desempenhos organizacionais.” (DGS, 2003:6).

Os conhecimentos e saberes que hoje se reconhecem como contributos para UCIs, são praticados em diferentes áreas, com missões, objetivos e metodologias distintos, ou seja, as UCIs “são locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais.” (DGS, 2003:6). Segundo a DGS, incluem-se neste conceito áreas de recobro e áreas de cuidados intermédios, sendo que:

“Áreas de recobro: locais onde se prestam cuidados destinados à optimização do período pós-operatório e/ou pós-anestésico e também à observação, monitorização e tratamento de doentes, recém-submetidos a cirurgia e/ou procedimentos invasivos. São áreas em que o tempo de internamento é de curta duração.
Áreas de Cuidados Intermédios: locais dotados de capacidade de monitorização e tratamento (humanos e instrumentais), que permitem cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais; conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados para os doentes que, embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia.” (DGS, 2003:6).

O internamento em Serviço/UCI é, por definição, um tempo transitório para alguns dos doentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não de um fim em si. Esse processo inicia-se no local e no momento em que se encontrava o doente, quando foi vítima do acontecimento que lhe condicionou o risco de vida. O que acontece antes desse internamento pode ter consequências decisivas na evolução e no prognóstico. Pelas mesmas razões, o processo tem de continuar depois da alta do Serviço/UCI, em conformidade com as características e exigências de cada caso particular. A equidade e universalidade dos direitos de cidadania, a evolução da Ciência e a melhoria dos serviços criam pressões constantes e cada vez mais importantes para o atendimento de doentes em cuidados intensivos (DGS, 2003).

Salienta-se a noção de que o “nível de desempenho profissional necessário para lidar com o doente em risco de vida e o nível de recursos consumidos com os doentes

graves exigem que a gestão dos recursos alocados à Medicina Intensiva seja profissionalizada, dedicada e com preparação específica para esse fim.” (DGS, 2003:7).

Segundo a DGS, entre nós, a criação, organização e evolução dos Serviços/UCI, nunca obedeceram a normas específicas, ou planos estratégicos de saúde; “eles foram sendo criados e desenvolvidos em função de necessidades e perceções locais, de disponibilidade financeira e de vontades nas instituições hospitalares...”(DGS, 2003:7) Contudo, a evolução da Medicina Intensiva permitiu constatar que: é uma área polivalente do saber médico; a disponibilidade em camas tem de ser proporcionada às necessidades da população que o hospital serve; os Serviços/UCI têm de ser dotados de recursos humanos qualificados 24h por dia; o equipamento tem de ser adequado à missão que lhes é confiada e que a consciência global destes pressupostos deve obrigar a uma gestão local, regional e nacional, assente em princípios de racionalidade e planificação (DGS, 2003).

No que diz respeito à classificação das áreas onde se praticam cuidados intensivos, diversa tem sido a terminologia utilizada para a caracterização do nível de assistência médica. Segundo a DGS a classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva refere três níveis, de acordo com as técnicas utilizadas e as valências disponíveis na respetiva unidade hospitalar. Este conceito admite que possam coexistir diferentes níveis na mesma unidade hospitalar. Desta forma estamos perante três níveis de Serviços/UCI, nível I, nível II e nível III.

“Nível I – Visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva. Pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros Serviços/Unidades de nível superior.

Nível II- Tem capacidade de Monitorização invasiva e de suporte de funções vitais; pode não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular,...), pelo que se deve garantir a sua articulação com Unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica.

Nível III – Corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/UCI, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui

o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente.” (DGS, 2003:8)

Para a DGS a designação Serviço/UCI nos Hospitais Portugueses deve referir-se exclusivamente a Unidades de nível III, que se definem como polivalentes. Ser polivalente significa ser capaz de assegurar, em colaboração, os cuidados integrais para com os doentes por que se é responsável.

Os Serviços/UCI devem ter modelos de articulação funcional com as áreas de tratamento de nível complementar, onde se encontram doentes que possam necessitar de intervenções, tais como: vias verdes, unidades intermédias, serviços de urgência, bloco operatório, sistemas de emergência intra-hospitalar.

Segundo a DGS as unidades polivalentes deverão localizar-se, preferencialmente, próximo do serviço de urgência e do bloco operatório, implicando também a planificação associada e funcionalmente articulável a áreas de cuidados intermédios de e cuidados pós-anestésicos/recobro.

“Cada unidade de cuidados intensivos polivalente deve contemplar alguns quartos de isolamento (dois por cada seis camas, três para oito camas e quatro para doze camas).” (DGS, 2003:16).

Para a DGS deverão privilegiar-se UCI e intermédios de maior dimensão a unidades fragmentadas de pequena dimensão, pelo consumo de recursos humanos que isso implica. Há consenso que seja de 6 o número mínimo de camas para que os Serviços/UCI sejam rentáveis; contudo, as opiniões dividem-se quanto ao número máximo recomendado, entre 12 a 16 camas (DGS, 2003). “Para alguns hospitais da rede de urgência em que não se justifiquem seis camas na UCIP, poderá criar-se uma unidade mista (polivalente e intermédia) para melhor gestão de recursos.” (DGS, 2003:16). Para a DGS a rendibilidade e eficácia das UCI dependem da qualidade da gestão e do desempenho dos seus profissionais e da articulação com áreas adjacentes. Desta forma é importante uma redução do número de doentes a necessitar de internamentos em UCIs oriundos de unidades intermédias (nível I e nível II), um tratamento adequado e precoce dos doentes em risco nos serviços de urgência e uma boa articulação com os serviços aos quais se destinam os doentes que podem ter alta da UCI (DGS:2003).

Os Serviços/UCI reconhecem-se pela sua identidade, autonomia funcional, missão e liderança, pelo que devem ter: diretor de serviço, Enf^o Chefe; quadro funcional próprio; médicos em presença física 24h (para 6 camas 4 médicos, para 12 camas 6 médicos);

assistência médica qualificada durante as 24h; enfermeiros preparados para trabalhar em cuidados intensivos (no mínimo 1 enfermeiro por cada 2 camas); número de técnicos, administrativos e auxiliares proporcionais à missão e às funções desempenhadas; direção do serviço que assume a responsabilidade por todas as decisões; dimensões e características arquitetónicas adequadas e equipamento adequado à sua função (DGS:2003).

Salienta-se que os Serviços/UCI “assumem a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhes são confiados, designadamente critérios de admissão e alta, a planificação e a hierarquização de tratamentos, assim como a definição dos limites de intervenção terapêutica.” (DGS, 2003:19).

A avaliação contínua de qualidade deve ser uma prática dos Serviços/UCI onde devem constar: registo de escalas de gravidade dos doentes internados, registo da carga de trabalho, tempo médio de internamento, mortalidade na UCI, taxa de reinternamento às 48h, tempo médio de ventilação, taxa de reintubações até às 48h, incidência de infeções nosocomiais, incidência de complicações iatrogénicas e avaliação dos custos. “Anualmente, deve ser feito um relatório com a avaliação do desempenho e sobretudo, dos resultados de saúde, que serão a base para definir os objetivos para o ano seguinte...”(DGS, 2003:19)

Como já foi referido, o ambiente vivido nas UCIs, é determinado pela alta tecnologia, facilmente marcado e dirigido para a monitorização e tratamento das alterações que ameaçam a vida. Por esta razão, a atenção focaliza-se muitas vezes na tecnologia e nos tratamentos necessários para manter a estabilidade fisiológica do doente. Coloca-se grande empenho nas perícias técnicas, na competência profissional e na resposta a situações críticas.

Cuidar em Enfermagem nas UCIs é um dos maiores desafios a enfrentar uma vez que tem “sido manifestada a preocupação com o menor empenho da enfermagem na componente dos cuidados, neste ambiente acelerado e altamente tecnológico.” (Urden, et al, 2008:6). Os enfermeiros que trabalham em UCIs têm de ser capazes de prestar cuidados de alta qualidade com a maior competência, usando todas as tecnologias apropriadas e incorporando também abordagens psicossociais e holísticas, quando apropriadas ao tempo e à situação do doente.

Para Urden, et al, (2008) a ausência física e emocional, as interações desumanas e o não reconhecimento da individualidade do doente indicam o não cuidado. Os cuidados holísticos focam-se na integridade humana e salientam que o corpo, a mente e o espírito

são interdependentes e inseparáveis, pelo que há que considerar todos os aspetos ao planear e prestar cuidados.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

O presente relatório diz respeito ao estágio que se realizou entre Outubro de 2013 e Fevereiro de 2014, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de Saúde de Portalegre. O estágio realizou-se no serviço UCIDEM do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, e teve como tema a Promoção da implementação do sistema de informação CIPE/SClínico na UCIDEM da ULSNA.

Assim, para uma melhor compreensão da forma como se desenvolveu a aprendizagem torna-se essencial dar a conhecer as características específicas do respetivo campo de estágio tais como os seus recursos humanos e materiais, e o seu ambiente de trabalho.

Desta forma, será de seguida efetuada uma breve descrição, de todo o contexto envolvente, do local onde se realizou o estágio

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DR. EMÍLIO MOREIRA

A UCI foi fundada em 1977 pelo Dr. Emílio Moreira e ocupa desde então um lugar de destaque na prestação de cuidados à população do distrito de Portalegre. Inicialmente dedicada a doentes cardíacos, assumiu ao longo do tempo as características de uma UCIP, ganhando definitivamente esse estatuto em 1993, altura em que recebeu o nome do seu fundador, passando a ser designada UCIDEM.

Considera-se assim a UCIDEM como:

“uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções

vitais, mas que são potencialmente reversíveis.” (DGS, 2003:5).

Segundo a DGS, a UCIDEM, como UCIP que é, trata-se de uma unidade de nível III. Neste serviço é também efetuada a avaliação contínua de qualidade preconizada pela DGS.

2.1.1 - Estrutura Física do Serviço

A UCIDEM localiza-se no 2º piso do Hospital Dr. José Maria Grande, junto ao Serviço de Observação do Banco de Urgência. É constituída por duas salas denominadas Unidade de Cuidados Intensivos e Unidade de Cuidados Intermédios.

A UCI tem a lotação de 5 camas apresentando-se uma delas num quarto de isolamento. A Unidade de Cuidados Intermédios tem também lotação para 5 camas que foram abrindo gradualmente ao longo dos últimos anos. Em 2007 estavam a ser utilizadas apenas 2 camas, em Janeiro de 2008 abriram mais 2 camas e em Julho de 2009 abriu a última cama, funcionando esta como posto de trabalho, destinada a doentes com necessidade de fazer Hemodiálise, provenientes de outros serviços do Hospital.

Como dependências funcionais o serviço apresenta:

- Uma sala de trabalho, onde se realiza a passagem de turno da equipa de Enfermagem, onde se apresenta acondicionado algum *stock* de farmácia e onde estão dois gasómetros que servem todo o Hospital;
- Uma sala, onde se encontra a roupa limpa e material de consumo clínico em *stock*;
- Um gabinete de pessoal médico;
- Um gabinete de Enfermagem;
- Dois postos com bancada, um por sala, que permitem a observação dos doentes pelo pessoal de Enfermagem e onde se efetuam os registos de Enfermagem;
- Um posto à entrada do serviço, onde de realizam as tarefas administrativas;
- Dois vestiários, feminino e masculino, com as respetivas casas de banho, que servem todo o pessoal adstrito à unidade;
- Uma sala de despejos;
- Uma copa;

- Uma sala junto à entrada para familiares dos doentes e outros visitantes do serviço;
- Uma arrecadação, no exterior do serviço, onde se encontram ventiladores para ventilação não invasiva (*Vision, Harmony, Vivo*), o *Cought Assist*, duas máquinas de diálise, entre outros materiais de consumo clínico.

2.1.2 - Recursos Materiais

A UCIDEM está munida de vários equipamentos capazes de dar resposta aos doentes que necessitam de cuidados intensivos e intermédios. Sendo assim, as unidades dos doentes são todas elas equipadas com monitores que permitem ao enfermeiro vigiar o estado hemodinâmico e o padrão ventilatório dos doentes, conseguindo os enfermeiros aceder à monitorização dos doentes através de uma central de monitores. Nas unidades dos doentes existem rampas de oxigénio, ar e vácuo, ventilação mecânica, bombas e seringas infusoras, não esquecendo o insuflador manual indispensável à cabeceira de qualquer doente internado na UCI.

Existe depois outra série de equipamentos passíveis de utilização como a máquina para técnicas dialíticas, ventiladores para ventilação não invasiva, ventilador de transporte, desfibrilhadores, dois carros de urgência (um em cada sala), ecocardiógrafo, electrocardiógrafo, *pacemaker* provisório, dois aquecedores de cama, aquecedores de fluidos, dois gasómetros, entre outro material.

No que diz respeito ao material de consumo, este é repostado três vezes por semana no *stock* por níveis estipulados para o serviço. Quanto a material mais específico como material necessário ao funcionamento dos gasómetros, solutos para técnicas dialíticas, entre outros, são adquiridos mediante compra direta efetuada pelo Sr. Enf^o Chefe.

Na UCI além de todo o material supracitado, existe material informático necessário para a elaboração de registos. Existem cinco computadores e uma impressora, sendo que apenas dois dos computadores, um em cada sala de trabalho, estão disponíveis para os enfermeiros.

2.1.3 - Recursos Humanos

A equipa de Enfermagem da UCIDEM é atualmente constituída por vinte e seis enfermeiros que se distribuem pelas seguintes categorias profissionais:

- 1 Enf^o Chefe
- 25 Enfermeiros (sendo que 3 enfermeiros são detentores de título de enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-cirúrgica, 2 enfermeiros na área de Enfermagem de Reabilitação e 1 enfermeiro detentor de título de enfermeiro especialista na área de Saúde Comunitária).

De toda a equipa doze enfermeiros cumprem um horário de quarenta horas semanais e os restantes de trinta e cinco horas semanais. O Sr. Enf^o Chefe conjuntamente com outra colega exercem funções em horário fixo (das 8h às 16h), os restantes elementos da equipa realizam um horário rotativo ou seja *roullement*.

A equipa de assistentes operacionais é constituída por dez elementos do sexo feminino, praticando uma das mesmas horário fixo e as restantes horário rotativo.

Os serviços administrativos são assegurados por uma funcionária permanente, assim como os serviços de limpeza.

Quanto à equipa médica esta é constituída por médicos pertencentes ao quadro do Hospital e por médicos contratados que vêm prestar serviço à unidade, a equipa apresenta um grande leque de especialidades tais como: Pneumologia, Nefrologia, Cardiologia, Medicina Interna e Anestesiologia.

A UCIDEM conta ainda com o apoio de outros técnicos de saúde, que integrados em equipa multidisciplinar, prestam cuidados aos doentes internados na unidade quando solicitados.

Poderá então afirmar-se que a UCIDEM, tal como recomenda a DGS, é uma área polivalente do saber médico, com disponibilidade em camas proporcional às necessidades da população que o hospital serve, é dotada de recursos humanos qualificados 24h por dia e o equipamento que detém é adequado à missão que lhe é confiada.

2.2 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

2.2.1 - Caracterização Geral da População/Utentes

A UCIDEM é um serviço polivalente que admite doentes provenientes de todos os serviços e instituições da ULSNA, com exceção do serviço de Pediatria e Neonatologia. De referir que a UCIDEM recebe ainda doentes de outros Hospitais do SNS quando existe a necessidade de transferência desses doentes para o Hospital Dr. José Maria Grande.

Os utentes do serviço apresentam uma média etária elevada, o que está de acordo com as características demográficas da população do distrito.

Esta unidade presta assistência a doentes que necessitam de suporte ventilatório e/ou tratamento intensivo. Admite doentes de ambos os sexos, em situação aguda de qualquer tipo de patologia do foro médico, cirúrgico, traumatológico, entre outros. Os doentes desta unidade encontram-se em estado crítico, caracterizando-se estes pela presença de problemas de vida ou de morte reais ou potenciais, e pela necessidade de observação e intervenção contínuas, com o objetivo de evitar complicações e restaurar a saúde. São doentes altamente instáveis, com alto risco e cujo quadro clínico pode variar continuamente.

No referido serviço são admitidos doentes críticos, que apresentam como patologias mais frequentes: insuficiência respiratória aguda e crónica, edema agudo do pulmão, pneumonia, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência renal aguda e crónica, choque séptico e doentes politraumatizados. Atualmente admitem-se também, na UCI, muitos doentes do foro cirúrgico que necessitam de vigilância pós-operatória, sendo as patologias cirúrgicas mais frequentes a gastrectomia, a colicistectomia, laparotomia exploradora, nefrectomia, entre outras.

Os doentes são transferidos da UCI, sempre que se verifica que a unidade não dispõe de meios adequados para obstar à situação clínica do doente, ou quando os doentes em causa, já não necessitam de cuidados diferenciados, sendo então transferidos para outras unidades de internamento.

3 – METODOLOGIA

Foi a metodologia de projeto que serviu de base à realização do projeto inicialmente entregue, sendo este, o suporte orientador do estágio desenvolvido na UCIDEM e relatado no presente documento.

Para Pereira (2011), projetar pode ter vários significados consoante distintos autores, assim, para uns significa pensar no futuro, para outros controlar o futuro e para outros, ainda, tomar decisões planeando o futuro.

O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana (Teixeira et al., citado por Pereira, 2011), sendo uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real (Imperatori e Giraldes, citado por Pereira, 2011). Na sua essência, esta metodologia é um modelo teórico para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade se processe da forma mais eficiente (Tavares, citado por Pereira, 2011).

Segundo Mintzberg citado pelo autor atrás referido, a metodologia de projeto permite transformar uma finalidade ou um conjunto de intenções em ações, formalizando-as para que possam ser implementadas e articulando as consequências e resultados previstos. O mesmo autor acrescenta que, planear é aplicar um processo que conduz à decisão sobre o que fazer, como o fazer e como se avaliará o que se fizer, antes da ação.

Imperatori e Giraldes citado por Pereira (2011) afirma que o planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude que presume a mutabilidade da realidade, reconhecendo a possibilidade de agir sobre ela, no sentido de uma transformação orientada por finalidades prefixadas. Este autor afirma, ainda, que esta atitude deve ser permanente, devendo o planeamento ser considerado um instrumento da gestão normal.

Resumindo pode dizer-se que esta metodologia é definida como:

“um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de

transformação do real, isto é, permite prever uma mudança. É uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do projeto numa situação real.” (Nunes, 2010:3)

Nunes (2010) refere que a metodologia de projeto é constituída pelas seguintes fases: diagnóstico da situação; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; e divulgação dos resultados obtidos.

No entanto, não se poderá nunca considerar uma etapa do processo como inteiramente concluída, uma vez que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações que levem a refazê-la (Imperatori e Giraldes, citado por Pereira 2011).

Esta metodologia segundo Nunes (2010) assume características fundamentais, tais como:

- É uma atividade intencional, ou seja, pressupõe um objetivo, formulado pelos autores e executores do projeto, estando associado a um produto final que procura responder ao objetivo inicial refletindo o trabalho realizado;
- Pressupõe iniciativa e autonomia daqueles que o realizam, os quais se tornam co-responsáveis pelo trabalho e pelas escolhas ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento.
- A autenticidade, ou seja, o projeto foca um problema genuíno para quem o executa;
- Envolve complexidade e incerteza, isto é, são as tarefas complexas e problemáticas que precisam de ser “projetadas”;
- Tem carácter prolongado e faseado, estendendo-se ao longo de um período de tempo e percorrendo as várias fases desde a formulação do objetivo central até à apresentação dos resultados e sua avaliação.

Como já foi referido anteriormente, esta metodologia pode apresentar vários significados e etapas consoante distintos autores. Para a elaboração deste projeto seguiram-se as etapas da metodologia de projeto de Nunes, por se apresentar clara, concisa e objetiva.

3.1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificado, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar. Trata-se de um processo contínuo, no qual não se parte do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, com o intuito de ter em atenção as alterações da realidade, nas Instituições de Saúde e respetivos serviços, não descurando as dificuldades e complicações inerentes (Nunes, 2010).

Nesta etapa definem-se assim problemas, estabelecendo-se as prioridades e indicando-se as causas prováveis, selecionando-se posteriormente os recursos e os grupos intervenientes. “É assim uma etapa que envolve a recolha de informação de natureza objetiva e qualitativa, não descurando o aperfeiçoamento que se pressupõe.” (Nunes, 2010:11).

Pode então afirmar-se que o diagnóstico da situação é a primeira etapa na realização da metodologia de projeto, na qual se pressupõe a identificação do problema, através do uso e otimização da utilização de instrumentos de colheita e análise da informação. Os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada, uma vez que estando em contacto permanente e direto com as pessoas, estes estão mais capacitados para identificar e atuar perante os problemas (Nunes, 2010).

A CIPE é um instrumento de informação para descrever a prática de Enfermagem e conseqüentemente, prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado da saúde e ao mesmo tempo, que promovam mudanças na prática de Enfermagem através da educação, administração e pesquisa. Tem vindo a consolidar-se mundialmente como uma tendência para a padronização da comunicação e da troca de informações entre os enfermeiros, visando à representação da prática de Enfermagem nos SI em Saúde.

A maioria dos Hospitais Portugueses e quase totalidade dos serviços da ULSNA utiliza já a linguagem CIPE através do atual SI SCLínico. Na UCIDEM este facto ainda não se verifica, ou seja a estrutura dos SIE em uso é suportada por um conjunto de impressos nos quais os enfermeiros documentam dados relativos aos cuidados de Enfermagem prestados aos doentes durante um determinado episódio de internamento. Os impressos utilizados pelos enfermeiros na UCIDEM podem ser agrupados da seguinte forma: Apreciação Inicial, Plano de Cuidados, Carta de Transferência/Alta e

Registos Diários onde se registam parâmetros observados em tabelas e se efetuam as notas de Enfermagem por turno.

À data da realização do projeto inicial para o estágio, a Apreciação Inicial e o Plano de Cuidados, eram efetuados segundo o Modelo Teórico de Nancy Rooper. Contudo, e dada a evolução, assiste-se permanentemente a mudanças nos serviços, a UCIDEM não foi exceção. Durante a realização do estágio verificaram-se alterações na realização dos registos, alterações essas, provenientes de um trabalho realizado por uma colega no decorrer de um Ensino Clínico da especialidade médico-cirúrgica.

Desta forma, atualmente:

- O impresso “Apreciação inicial” é o repositório da documentação dos dados referentes ao doente e que emergem do processo de apreciação efetuada no momento da admissão. A cada admissão, é assim elaborada a apreciação inicial do doente, preenchendo-se os campos que definem o impresso, de natureza diversificada de dados a documentar (identificação, diagnósticos, entre outros). Salienta-se que este impresso está informatizado no servidor do serviço, está em linguagem CIPE, e foi elaborado apenas para o serviço UCIDEM, sendo uma adaptação da “Apreciação inicial” do SI CIPE/SClínico do serviço de Medicina.
- O impresso “Plano de Cuidados” é um impresso central na medida em que é o repositório principal de dados referentes ao processo de tomada de decisão do enfermeiro. O plano de cuidados é elaborado por doente, em linguagem CIPE, contendo fenómenos, diagnósticos e intervenções de Enfermagem. Este impresso está também informatizado apenas no servidor da UCIDEM, sob forma de “planos de cuidado tipo”. Os planos de cuidados tipo foram igualmente adaptados do SI CIPE/SClínico do serviço de Medicina da ULSNA.
- A “Carta de Transferência/Alta” tem por objetivo promover a continuidade de cuidados de Enfermagem, visando ser o veículo de comunicação entre as equipas de Enfermagem das unidades de cuidados. Na UCIDEM, a Carta de Transferência/Alta, duplica informação do plano de cuidados, em linguagem CIPE, apresentando também campo de

texto livre para outras anotações. Também este impresso foi adaptado do SI CIPE/SCLínico.

- No impresso “Registos Diários” efetuam-se dados diários dos três turnos (N,M,T), englobando dados relativos a gráficos/tabelas (sinais vitais, balanço hídrico, entre outros). É também neste impresso que constam as notas de Enfermagem, referenciando cada novo dado a uma data/hora e a um enfermeiro, onde se insere informação de natureza diversa, em texto livre.

Perante o que foi descrito, conclui-se que na UCIDEM são já efetuados alguns registos em linguagem CIPE, porém estes registos estão aquém daquilo que é necessário para retratar as atividades realizadas no referido serviço, uma vez que, o que existe foi adaptado do serviço de Medicina, onde as atividades são distintas.

Nunca esquecendo que o desenvolvimento da sociedade de informação é uma característica dos nossos dias e “as administrações das instituições de saúde – a todos os níveis de gestão – tenderão a incorporar as tecnologias da informação e comunicação nos processos organizacionais” (Silva, 2006:305), parece pertinente promover a implementação do sistema de informação CIPE/SCLínico na UCIDEM em Portalegre, uma vez que é dos únicos serviços da ULSNA que não acompanhou esta evolução, e que dadas e as exigências institucionais, irá ter que acontecer. Mas será que se reúnem as condições para que tal aconteça?

No contexto de promover o processo de implementação do CIPE/SCLínico na UCIDEM, a verificarem-se condições para tal, surge a necessidade de identificar alguns fenómenos, como forma de iniciação, de modo a que possam ser parametrizados.

O sistema informático inclui alguns fenómenos afetos a este serviço, contudo, e como já foi referido, nem todos eles, estão adaptados às atividades realizadas na UCIDEM. “A possibilidade de parametrização do SIE por unidade de cuidados, gera a necessidade de reflexão sobre a ação inerente ao processo de parametrização.” (Silva, 2006:235). De salientar que existe uma enorme panóplia de fenómenos passíveis de abordar em contexto de cuidados intensivos, mas, tal não seria exequível fazer no tempo previsto para este estágio, pelo que, serão abordados apenas os principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem da UCIDEM segundo as necessidades da população.

Desta forma, como já foi referido, considera-se o diagnóstico da situação o primeiro passo da metodologia utilizada e surge após a constatação de um problema.

Assim, a definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto. Um dos aspetos importantes nesta etapa, consiste na avaliação da qualidade e pertinência do problema, para o qual é fundamental considerar os seguintes parâmetros, o problema deve: ser concreto e real; reunir condições para o estudo (recursos técnicos e materiais, disponibilidade por parte do contexto onde é realizado); ser operacionalizado; ser relevante para a teoria e/ou prática; estar formulado de forma clara e perceptível (Nunes, 2010).

Segundo o que foi descrito, o ponto de partida para a ação será: a não utilização do SI Sclínico com linguagem CIPE na UCIDEM.

Emerge a necessidade dos enfermeiros de dedicarem à investigação na área dos SIE, por forma a produzirem evidência empírica geradora de modelos de dados que venham a aumentar o potencial de gestão, organização e tratamento da informação que resulta dos cuidados de enfermagem, com uma visão estratégica favorecedora do desenvolvimento das práticas (Silva, 2006).

3.2– FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS

Os objetivos apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico.

Pode-se afirmar que a fixação de objetivos é uma etapa fundamental pois é através de uma correta e quantificada fixação de objetivos que se pode proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa (Imperatori,1993).

Os objetivos descrevem os resultados que se pretendem devendo ser claros, definidos com sentido da realidade e mensuráveis. Segundo Bolander et al (1998), as características de um bom objetivo elaborado por escrito incluem: a indicação do que se espera que venha a ser realizado, as condições em que o comportamento deverá ocorrer e o critério que será utilizado na sua avaliação.

Fixar objetivos consiste “em definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias.” (Tavares, citado por Pereira, 2011:6).

Segundo Nunes (2010) é importante definir os objetivos consoante os diferentes níveis em que se enquadram. O mesmo autor citando Mão de Ferro define objetivos gerais como enunciados de intenções que descrevem resultados esperados. Por sua vez, os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que devem ser adquiridos ao longo de todo o processo.

Deste modo, seguidamente serão enumerados os objetivos pessoais para este estágio.

Objetivo Geral

- Contribuir para a implementação do Sistema de Informação CIPE/SCLínico na UCIDEM.

Objetivos Específicos

1. Adquirir conhecimentos sobre o SI CIPE/SCLínico;
2. Averiguar a aplicabilidade do SI CIPE/SCLínico em UCIs;
3. Efetuar o levantamento dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM;
4. Definir dois dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UCIDEM;
5. Parametrizar em suporte de papel as intervenções de Enfermagem para os diagnósticos definidos;

Quadro 2 - Objetivos de Estágio

3.3 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO

O planeamento é a terceira fase da metodologia de projeto, nesta fase é elaborado um plano detalhado cobrindo as várias vertentes da gestão: engenharia do software, calendarização das atividades, recursos necessários, riscos e qualidade (Miguel, citado

por Nunes 2010). Para os mesmos autores, a utilização e escolha das atividades, meios e estratégias a realizar coadunam diretamente com os objetivos alicerçados. As atividades, meios e estratégias são parte integrante do planeamento.

Entende-se por atividade “o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto. Uma atividade normalmente possui uma duração esperada, um custo esperado e requisitos esperados de recursos. As atividades podem ser subdivididas em tarefas.” (Miguel, citado por Nunes, 2010:20).

Os meios consistem “na determinação de quais os recursos – pessoa, equipamentos, materiais necessários, e em que quantidades, para a realização das atividades...” (Miguel, citado por Nunes, 2010:21).

Salienta-se que os meios utilizados foram:

- Recursos Humanos: a mestranda, o professor orientador, enfermeiros com conhecimento do sistema e o enfermeiro parametrizador.
- Recursos materiais: computadores do serviço, manuais CIPE disponíveis, documentos e protocolos do serviço, e bibliografia.

Define-se estratégia como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde” (Imperatori,1993:65). Nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias alternativas, que permitem alcançar um mesmo objetivo, com o fim de seleccionar as mais adequadas. A escolha das estratégias deve ter em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia.

Para o cumprimento dos objetivos foram traçadas as seguintes estratégias:

Objetivo Geral:

Contribuir para a implementação do Sistema de Informação CIPE/SClínico na UCIDEM.

Objetivos Específicos	Estratégias a Desenvolver
1 – Adquirir conhecimentos sobre o SI CIPE/SClínico	<ul style="list-style-type: none">• Efetuar pesquisa bibliográfica;• Consultar o CIPE/SClínico;• Esclarecer dúvidas.
2 – Averiguar a aplicabilidade do SI CIPE/SClínico em UCIs.	<ul style="list-style-type: none">• Ter conhecimento de UCIs que utilizem o sistema;• Visitar algumas dessas UCIs;• Observar a operacionalidade do sistema, nos locais visitados;• Ouvir a opinião dos colegas sobre o êxito, ou não do CIPE/SClínico na UCI;• Perceber quais os potenciais problemas de implementação, face à realidade/necessidades de registos na UCIDEM.
3 – Efetuar o levantamento dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM.	<ul style="list-style-type: none">• Consultar documentos existentes no serviço;• Consultar os processos clínicos;• Consultar bibliografia;• Consultar os registos de Enfermagem.
4 - Definir dois dos diagnósticos de Enfermagem mais frequentes na UCIDEM.	<ul style="list-style-type: none">• Consultar documentos existentes no serviço;• Consultar os processos clínicos;• Consultar Bibliografia;• Consultar os registos de Enfermagem.• Observar a prática.
5 – Parametrizar em suporte de papel as intervenções de Enfermagem para os diagnósticos definidos.	<ul style="list-style-type: none">• Consultar Bibliografia;• Pedir a colaboração do Enfermeiro parametrizador.

Quadro 3 - Estratégias a Desenvolver

Para Pineault e Daveluy citados por Pereira (2011), a execução é o final lógico do planeamento e embora não faça parte do processo de planeamento, para garantir o seu sucesso, deve ser pensada e prevista a forma como se processarão as atividades de execução.

Deste modo, a quinta etapa é a preparação operacional, que corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspetos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, citado por Pereira 2011).

Segundo Pereira (2011), esta etapa pretende planear operacionalmente a execução. A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa.

Da execução faz parte, como já foi referido, o cronograma onde é previsto o tempo de realização dos objetivos com as suas respetivas atividades previstas e realizadas.

Objetivos	Estratégias	Meses					Avaliação
		Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	
1 - Adquirir conhecimentos sobre o SI CIPE/SClínico	Efetuar pesquisa bibliográfica;						Aquisição de novos conhecimentos e saberes.
	Consultar o CIPE/SClínico;						
	Esclarecer dúvidas.						
2 - Averiguar a aplicabilidade do SI CIPE/SClínico em UCIs.	Ter conhecimento de UCIs que utilizem o sistema;						Demonstração de conhecimentos sobre a operacionalidade do SI CIPE/SClínico noutras UCIs. Identificação de problemas/condições favoráveis à implementação do SI na UCIDEM.
	Visitar algumas dessas UCIs;						
	Observar a operacionalidade do sistema, nos locais visitados;						
	Ouvir a opinião dos colegas sobre o êxito, ou não do CIPE/SClínico na UCI;						
	Perceber quais os potenciais problemas de implementação, face realidade/necessidades de registos na UCIDEM.						
3 - Efetuar o levantamento dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM	Consultar documentos existentes no serviço;						Realização do levantamento dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM.
	Consultar os processos clínicos;						
	Consultar Bibliografia;						
	Consultar os registos de Enfermagem.						
4 - Definir dois dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UCIDEM.	Consultar documentos existentes no serviço;						Identificação de dois dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na UCIDEM.
	Consultar os processos clínicos;						
	Consultar Bibliografia;						
	Consultar os registos de Enfermagem;						
	Observar a prática.						
5- Parametrizar em suporte de papel as intervenções de Enfermagem para os diagnósticos definidos.	Consultar Bibliografia;						Realização da Parametrização em suporte de papel das intervenções de Enfermagem para os diagnósticos definidos.
	Pedir a colaboração do Enfermeiro parametrizado.						

Quadro 4 - Cronograma das Estratégias Planeadas e Realizadas

3.4 – AVALIAÇÃO

A última etapa é a avaliação que, constituindo o final do processo, se integra em cada uma das suas etapas. Segundo Pereira (2011) citando Pineault e Daveluy, a avaliação efetua uma revisão de todos os elementos do processo, constituindo essencialmente, um olhar retrospectivo para as diferentes etapas.

A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares, citado por Pereira, 2011). Ainda segundo este autor, uma avaliação correta permite comparar o estado inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

“A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional.” (Pereira, 2011:7). Na primeira fixar-se-ão os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de atividade, e a médio prazo, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, citado por Pereira, 2011).

Para os mesmos autores, avaliação atualiza o diagnóstico, pelo que, terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, num processo que se pretende contínuo e dinâmico.

Imperatori refere-nos ainda que “A pertinência ou justificação das atividades, o grau de execução do programa em relação ao objetivo 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 projeto inicial ao qual a mestrandia se propôs podem-se referir os itens de avaliação de eficácia. Desta forma, a mestrandia considera ter atingido os objetivos planeados através das estratégias delineadas. De salientar que os recursos utilizados foram suficientes para alcançar os objetivos.

Não é demais lembrar que a avaliação é um processo contínuo pretendendo-se melhorar sempre, pelo que é necessário estar atento e trabalhar sempre no sentido de se ultrapassarem dificuldades e de se adquirirem novos contributos.

3.5 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Para Nunes (2010), é na área da saúde que a implementação da metodologia de projeto, como meio de resolução de um problema, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados. A divulgação dos resultados de um projeto nesta área possibilitará o conhecimento de esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornece informação científica, servindo de exemplo para outros serviços e instituições.

Define-se a divulgação dos resultados como “o uso de processos e recursos técnicos para a comunicação da informação científica e tecnológica ao público em geral.” (Nunes, 2010: 31). A divulgação faz parte do desenvolvimento de um projeto e deve ser devidamente planeada, com a finalidade de informar. Desta forma a divulgação assegura o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema.

Existem vários meios e recursos disponíveis para divulgar resultados, sendo que “na área da saúde, a divulgação dos resultados é também uma forma de sensibilização das pessoas e outros profissionais para o problema que estava em causa, servindo de exemplo sobre o caminho a seguir, delineando estratégias...”(Nunes, 2010).

Uma das formas de divulgação dos resultados de um projeto é através da realização de um relatório do mesmo. O relatório consiste num trabalho escrito onde se concretiza todo o processo de desenvolvimento do mesmo como não devendo ser desvalorizada a sua importância. “A elaboração de um relatório final de projeto constitui, um aspeto fundamental na transmissão de informação, sendo assim um requisito obrigatório na realização de um projeto.” (Schiefer *et al* citado por Nunes, 2010:32). Ainda para o mesmo autor, a principal vantagem da realização do relatório, reside em permitir sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento.

O conhecimento obtido através da investigação em Enfermagem proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde. “Enquanto ciência, a Enfermagem requer a produção e renovação contínuas dos seus conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação” (Nunes, 2010:34). Reconhece-se assim que a investigação é importante para o desenvolvimento contínuo da Enfermagem proporcionando a tomada de decisões adequadas para prestar os melhores cuidados.

No que concerne à divulgação dos resultados, “é do nosso entendimento que esta consiste num dever ético do investigador.” (Nunes, 2010:34)

Neste contexto, os capítulos que se seguem divulgam resultados, fornecem conhecimento, esforços realizados e facultam o contributo para a resolução do problema.

4 – ANÁLISE DOS OBJECTIVOS DEFINIDOS

De modo a atingir os objetivos traçados para este estágio, foram utilizadas estratégias, realizadas atividades e avaliados os resultados obtidos. Importa aqui referir que para que as estratégias fossem realizadas com a finalidade de obter resultados, houve necessidade de pedir autorização para a realização deste estudo ao Conselho de Administração da ULSNA, tendo este autorizado após parecer da Comissão de Ética (Apêndice I).

Torna-se pertinente a análise reflexiva de todo este processo a fim de verificar se os objetivos foram ou não alcançados.

- **Objetivo Geral:** Contribuir para a implementação do Sistema de Informação CIPE/SCLínico na UCIDEM.

Considera-se que o objetivo geral foi alcançado, prova disso foi toda a execução dos objetivos específicos. Desta forma, adquiriram-se conhecimentos, averiguou-se a possível aplicabilidade do sistema no serviço, realizou-se a iniciação do processo efetuando o levantamento de alguns fenómenos, definiram-se diagnósticos traçando as respetivas intervenções e sobretudo deu-se conhecimento do resultado final do trabalho ao Sr. Enf^o Chefe expondo as desvantagens, as vantagens do SI CIPE/SCLínico, apresentando estratégias, contribuindo desta forma para a iniciação da implementação do SI na UCIDEM. A referir que o mesmo se mostrou bastante satisfeito com o contributo apresentado, elogiando, acrescentando que o trabalho elaborado pela mestranda será muito útil num futuro muito próximo, uma vez que o Conselho de Administração da ULSNA tem vindo a insistir para o avanço do SCLínico no serviço.

Para o Enf^o Chefe “uma vez abordado e estudado o tema, com este bom contributo, será mais fácil começar. É uma mais valia.”

➤ **Objetivos Específicos:**

1. Adquirir conhecimentos sobre o SI CIPE/SCLínico:

Ao refletir sobre o tema em estudo, vários foram os assuntos que suscitaram o interesse da mestrandia, porém, o seu primeiro critério foi escolher um assunto de interesse para o serviço onde desempenha funções, mas que, ao mesmo tempo, a motivasse. Este tema tem interesse para o serviço, uma vez que como já foi referido, vai ser uma exigência da administração hospitalar a curto prazo, motiva-a, uma vez que considera ser uma enfermeira que gosta de acompanhar a evolução da disciplina de Enfermagem e até então não tinha conhecimento algum sobre a CIPE e o SI SCLínico.

Neste contexto, efetuou primeiramente uma pesquisa bibliográfica onde estudou e compreendeu o assunto em causa.

Consultou nos computadores do serviço o SI SCLínico, no entanto várias foram as dúvidas que lhe surgiram. No sentido de esclarecer essas dúvidas pediu a um colega de outro serviço que lhe mostrasse todo o sistema. Deste modo esteve durante algumas horas a conhecer/compreender o sistema com o colega a quem tenho muito a agradecer.

Posteriormente ao longo do estágio foram surgindo muitas dúvidas que se foram colmatando com mais pesquisa bibliográfica e com esclarecimento de dúvidas com um ou outro colega conhecedores do SI CIPE/SCLínico.

Visitou duas UCIs o que lhe proporcionou observar, ver de perto, o funcionamento do sistema e a produção dos registos, o que originou um maior conhecimento, interesse e motivação pela linguagem CIPE e pelo SI SCLínico.

Após a observação e conhecimento da prática de Enfermagem da UCIDEM, identificou cuidados/atividades de Enfermagem, adaptando para a linguagem CIPE alguma dessa mesma prática que caracteriza a sua unidade de cuidados, estruturando em suporte de papel fenómenos, diagnósticos e intervenções de Enfermagem, esclarecendo dúvidas com o enfermeiro parametrizador, o que em muito contribuiu para a consolidação dos conhecimentos adquiridos.

Consciente de que nunca se sabe tudo e que se está sempre a aprender, considera ter adquirido novos conhecimentos e saberes, tendo portanto alcançado o objetivo a que se propôs.

2. Averiguar a aplicabilidade do SI CIPE/SCLínico em UCIs:

Após conhecer o SI CIPE/SCLínico e conhecendo a realidade do seu serviço, pela enormidade de registos necessários, ficou algo apreensiva sobre a aplicabilidade do sistema na UCIDEM. Urge desta forma a necessidade de conhecer UCIs a laborar com o referido SI no sentido de conhecer/compreender a sua eficácia em serviços desta área tão específica, pelos cuidados que presta e conseqüentemente pelos registos necessários.

Durante o estágio teve conhecimento, como já foi referido anteriormente, que um dos serviços pioneiros deste SI, foi exatamente uma UCI, a UCI do Hospital de Braga em 2001. Assim sendo, estava para já um pouco desmistificada a aplicabilidade do sistema em UCIs. No entanto questionou-se, quais seriam as vantagens? Quais seriam as desvantagens? Quais os problemas a ultrapassar conhecendo a organização do seu serviço?

Por forma a responder a estas questões, com conhecimento de causa, efetuou um estágio de observação em duas UCIs do Centro Hospitalar Lisboa Central que trabalhavam com o referido sistema. A duração do estágio de observação foi de um dia em cada uma dessas UCIs.

De salientar que a primeira Unidade visitada trabalha com o sistema há cerca de oito anos (será designada neste relatório como Unidade A), a segunda Unidade apenas há um ano (será designada neste relatório como Unidade B). A visita a estas UCIs, com diferença temporal de experiência no SCLínico diferente, foi intencional, uma vez que, em entender da mestrandia, a observação da prática em UCIs com tempos de utilização do sistema diferentes, seria bastante significativo em termos de recolha de informação em alguns dos itens a observar.

De forma a conseguir obter a informação necessária, elaborou uma grelha de observação (Apêndice II) e observou a prática dos enfermeiros nos referidos serviços. Segue-se de seguida o relato de tudo aquilo que foi observado.

Na categoria Processo de Mudança pôde observar os seguintes itens:

- **Orientação do processo de mudança:** Neste item, constatou que em ambas as UCIs visitadas o processo não foi de todo fácil. Não foi um processo programado sendo a utilização do SI, imposto pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar, em ambos os serviços. Ao ser imposto, as equipas de

Enfermagem decidiram criar um grupo de trabalho dentro das equipas para orientar todo o processo. Na Unidade A o grupo de trabalho era constituído por três enfermeiros, na Unidade B por cinco enfermeiros, sendo estes os enfermeiros chefes de equipa. Considera-se este grupo de trabalho como sendo os enfermeiros dinamizadores do Sistema CIPE/SClínico nos referidos serviços. O segundo passo foi a realização de formação sobre a CIPE e depois sobre o aplicativo, em que na Unidade A os enfermeiros tiveram alguns dias de formação e os enfermeiros da Unidade B tiveram apenas 4 horas de formação, sendo estas ministradas por um enfermeiro da Unidade A.

Apenas na Unidade A foi permitida a versão teste do aplicativo, de forma a permitir um maior conhecimento do mesmo mas com doentes fictícios. Na Unidade B, os enfermeiros começaram logo a trabalhar com doentes reais, sendo logo introduzidos no Sistema todos os doentes internados no serviço à data de início de utilização do sistema. De referir também que ambas as unidades optaram pela não duplicação de registos na fase inicial, ou seja, à medida que foram introduzidos os doentes no aplicativo deixaram-se de fazer registos em suporte de papel.

➤ **Identificação dos fenómenos/diagnósticos/intervenções de Enfermagem:** Logo após o período formativo, o grupo de trabalho de cada serviço efetuou o levantamento e reconhecimento das atividades mais realizadas em cada serviço. Procedeu-se de seguida à conversão das atividades identificadas para linguagem CIPE sendo assim, encontrados os fenómenos, diagnósticos e intervenções de Enfermagem. Estes foram de seguida parametrizados no sistema, ficando cada serviço com o conteúdo necessário à caracterização da sua prática, dos seus cuidados. De salientar que na Unidade B, ainda hoje se efetuam parametrizações, o que significa que o levantamento de fenómenos/diagnósticos e intervenções é um processo demoroso. Observou-se que no serviço B e porque o sistema está implementado só há cerca de um ano, existe em cada posto de trabalho uma brochura que serve de guião à elaboração da avaliação inicial, notas gerais, levantamento de fenómenos/diagnósticos/intervenções e notas de alta, revelando-se esta brochura bastante útil.

- **Participação da equipa:** Observou-se que em ambos os serviços não houve participação de toda a equipa, cabendo a tomada de decisão e de orientação de todo o processo de mudança aos grupos dinamizadores do sistema.
- **Obstáculos:** Em ambos os serviços confirmaram-se obstáculos à iniciação do processo. Observou-se que a falta de formação e conhecimento em linguagem CIPE foi um dos grandes obstáculos. Outros obstáculos considerados significativos foram a falta de conhecimento/treino no aplicativo e efetuar o levantamento dos fenómenos/intervenções e diagnósticos de acordo com a prática de cada serviço. A carência de meios técnicos, ou seja, computadores em número insuficiente para a realização dos registos, também foi um dos obstáculos, sendo necessário agilizar esta situação de forma aos registos informáticos se tornarem exequíveis. Deste modo em ambos os serviços existem dois computadores por cada duas unidades, sendo assim em número suficiente.
- **Satisfação profissional dos enfermeiros no processo de mudança:** A forma como foi vivenciado o processo de mudança foi diferente entre as pessoas envolvidas. Pode dizer-se que os enfermeiros dinamizadores do processo foram aqueles que tiveram maior motivação apesar dos obstáculos e dificuldades que foram surgindo. A restante equipa, tanto no serviço A como no serviço B, não se sentiu envolvida no processo de mudança, existindo algum desânimo, desinteresse e resistência à mudança, principalmente pela imposição do Conselho de Administração e por ter existindo pouco tempo para formação. Porém com a orientação do grupo dinamizador todos esses obstáculos foram ultrapassados. Com o passar do tempo e com a frequente utilização do CIPE/SClínico verificou-se uma satisfação na utilização do aplicativo, constatando-se agrado de maior parte dos enfermeiros, ao utilizarem menos papéis, utilizarem meios técnicos inovadores, existir maior organização dos registos e existir uniformidade nos registos com a validação da linguagem CIPE.

Na categoria Operacionalidade do Sistema pôde observar os seguintes itens:

- **Vantagens:** Foram assim identificadas as seguintes vantagens: maior uniformidade, maior individualização, serve de guia principal nas tomadas de decisão, influência positivamente a prestação de cuidados e fornece indicadores de resultado e de processo. No que se refere à maior

uniformidade existe uma linguagem igual, clara e objetiva com registos mais organizados, com linguagem de fácil interpretação sendo menos ambígua. Existe uma maior individualização uma vez que existe um grande incentivo para se efetuar o plano de cuidados, havendo um melhor conhecimento do doente. Influência positivamente a prestação de cuidados uma vez que existe um estabelecimento de prioridades no planeamento dos cuidados, existe uma menor falha na estipulação de ações a executar diminuindo a probabilidade de omissões. Podem avaliar-se resultados dos cuidados prestados permitindo refletir sobre os mesmos e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados uma vez que traduz indicadores de resultado e indicadores de processo que são importantes na medida em que permitem uma reflexão sobre a ação, numa perspetiva orientada para a melhoria dos cuidados.

- **Desvantagens:** As desvantagens identificadas passam por: requerer conhecimentos sobre a CIPE, sendo necessário mais e melhor preparação/formação na fase inicial; existe uma maior necessidade de requerer destreza e conhecimentos informáticos; gera alguma insegurança face às falhas do sistema informático; existe um maior dispêndio de tempo na admissão de um doente; existe o perigo de se perderem registos se houver falha geral do sistema e poderá levar a um esquecimento de registo de problemas específicos do doente, aquilo que o individualiza, com a existência de um plano padrão.
- **Dificuldades:** As grandes dificuldades vivenciadas diariamente dizem respeito à realização dos registos na admissão dos doentes e na execução de todos os registos em tempo real, principalmente registos de Monitorização, uma vez que, em Cuidados Intensivos se cuidam doentes críticos, em situações graves, onde a emergência dos cuidados é uma realidade. No momento da admissão de doentes, para colmatar a primeira dificuldade referida, em ambas as Unidades verificou-se uma grande interajuda entre os elementos da equipa. Já para contornar a dificuldade que existe na execução dos registos em tempo real, o serviço B elaborou uma folha de registo individual (para o enfermeiro que achar conveniente), onde os enfermeiros registam dados/valores necessários para que não existam esquecimentos, assim que tiverem tempo disponível registam então no SCLínico.

Na categoria Qualidade pôde observar os seguintes itens:

- **Tempo despendido:** Observa-se que existe, como já foi referido, um maior consumo de tempo na admissão dos doentes com a utilização da aplicação informática. No entanto, depois de efetuada a admissão, considera-se existir um menor dispêndio de tempo para realizar os registos necessários para documentar os cuidados prestados por turno. De mencionar que na fase inicial o dispêndio de tempo será superior devido à adaptação ao novo programa, aumentado ainda mais nos enfermeiros com pouca experiência em lidar com computadores.
- **Duplicação de registos:** Apesar de não existirem repetições de diagnósticos e intervenções, continuam a realizar-se duplicação de registos. Este facto é mais evidente no serviço B, onde se verifica a duplicação de registos nos campos destinados a notas adicionais e notas gerais.
- **Continuidade de cuidados:** Observou-se que em ambas as Unidades o sistema informático assegura a continuidade dos cuidados; exige uma maior reflexão no levantamento de problemas, prescrição de intervenções e no registo da evolução do doente; estabelece prioridades no planeamento dos cuidados e aquando da transferência do doente, é muito fácil identificar os problemas que necessitam de continuidade.
- **Comunicação entre pares e inter-profissionais:** Verificou-se uma melhor comunicação entre os pares, passagens de turno mais precisas, com mais discussão sobre os cuidados de Enfermagem e observou-se um maior trabalho de equipa. Em relação à comunicação inter-profissionais (enfermeiro-médico) em ambas as Unidades se observa uma boa comunicação.
- **Qualidade dos registos/cuidados:** Em ambas as UCIs, se observa um aumento da qualidade dos registos. Observa-se uma maior objetividade e organização da informação documentada, facilidade em produzir indicadores, é possível avaliar resultados sobre os cuidados prestados refletindo sobre os mesmos e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A forma como os registos estão organizados diminui a probabilidade de omissões, existindo assim uma menor falha na estipulação de ações a executar.

Considera que a visita a estas duas UCIs, foi muito gratificante uma vez que recolheu informação pertinente indo de encontro ao objetivo traçado. Julga desta forma ser viável a aplicação do CIPE/SCLínico na UCIDEM.

Atingiu assim este objetivo.

3. Efetuar o levantamento dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM;

A palavra fenómeno tem uma longa história, se recuarmos à filosofia grega, fenómeno significa “uma coisa, evento ou processo que pode ser observado” (Silva, 2006:117). Fenómeno recorda-nos qualquer coisa que pode ser registado pelo observador atento. Colocando Enfermagem a seguir à palavra fenómeno, tenciona mostrar-se as regularidades notáveis e discerníveis da prática clínica observada pelos enfermeiros (Nielson, citado por Silva, 2006).

Na CIPE, como já foi referido, fenómeno de Enfermagem refere um fator que influência o estado de saúde com as características específicas: aspeto da saúde relevante para a prática de Enfermagem.

Assim, durante o estágio de forma a ir de encontro à realização deste objetivo, a mestranda, consultou documentos existentes no serviço, consultou processos clínicos, consultou bibliografia, consultou registos de Enfermagem e observou a prática, no sentido de identificar aspetos da saúde relevantes para a prática de Enfermagem na UCIDEM, ou seja os fenómenos.

Salienta, que como foi referido, existem no serviço planos de cuidados tipo, em linguagem CIPE, no entanto como tanto os fenómenos como as intervenções foram adaptadas de um outro serviço, estes estão aquém das necessidades.

A mestranda decidiu neste objetivo, reportar-se apenas a alguns dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM. Evidencia ainda o fato de que a identificação de fenómenos num serviço é uma tarefa que requer muito tempo, sendo quase uma atividade contínua, pelo que justifica o enunciado do objetivo, apenas os “principais fenómenos”.

Desta forma, após consulta do sistema e esclarecimento de dúvidas com colegas e com o enfermeiro parametrizador, constatou que existem fenómenos de registo obrigatório que se justificam e adequam na realidade da UCIDEM, sendo estes: a

«Úlcera de pressão», «Febre», «Dor», «Queda», «Sono» e os «Auto-cuidados» (Auto cuidado: higiene, Auto-cuidado vestuário, Auto cuidado alimentar-se, Auto cuidado: uso do sanitário, Posicionar-se, Deambular e Transferir-se).

Para além dos fenómenos obrigatórios, descrevem-se de seguida os principais fenómenos presentes na prática da UCIDEM e identificados pela mestranda. De realçar que existem fenómenos atualmente inexistentes no CIPE/SCLínico da ULSNA, sendo que outros necessitam apenas de um acréscimo na parametrização das intervenções de Enfermagem, para que deste modo os enfermeiros da UCIDEM possam registar toda a sua prática.

Principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na UCIDEM:

- Morrer com dignidade;
- Agitação;
- Infeção;
- Comunicação;
- Confusão;
- Consciência;
- Dispneia;
- Dispneia em repouso;
- Dispneia funcional;
- Edema;
- Ferida cirúrgica;
- Hipertensão/Hipotensão;
- Hipotermia;
- Ingestão Nutricional;
- Limpeza das vias aéreas;
- Ortopneia;
- Pé equino;
- Salivação;
- Tossir;
- Úlcera;
- Ventilação;
- Volume de líquidos;

- Hemorragia;
- Arritmia.

De destacar que na UCIDEM existe uma enorme incidência de atitudes terapêuticas, o que está relacionado com a natureza específica da condição dos doentes ali internados (como por exemplo: utilização de cateter venoso central, cateter de hemodiálise, entre outros). Desta forma, os doentes requerem um conjunto diversificado de intervenções de Enfermagem centradas na otimização das atitudes terapêuticas e num conjunto de precauções de segurança necessárias. Contudo como foram identificados vários fenómenos possíveis de explorar, decidiu a mestranda não abordar nesta fase as atitudes terapêuticas.

Considera ter atingido este objetivo.

4. Definir dois dos diagnósticos de Enfermagem mais frequentes na UCIDEM:

Segundo Silva (2006) um diagnóstico de Enfermagem, é um enunciado de um julgamento clínico sobre as reações aos problemas de saúde reais ou potenciais, ou aos processos de vida, de uma pessoa, família ou comunidade. O mesmo autor refere ainda que os diagnósticos de Enfermagem servem de base para escolher as intervenções de Enfermagem que visam alcançar os resultados pelos quais a Enfermagem é responsável.

Através da consulta do manual CIPE/ICNP, versão Beta 2, e após o levantamento das atividades realizadas na UCIDEM e identificados os fenómenos, foram definidos os diagnósticos de Enfermagem.

De facto, na UCIDEM, vários são os julgamentos clínicos sobre as reações dos problemas de saúde, que se poderiam desenvolver. Decidiu a mestranda, elaborar três diagnósticos de Enfermagem que acontecem frequentemente no serviço e em que as intervenções estabelecidas no CIPE/SClínico da ULSNA, não retratam, em nada, a prática de Enfermagem da UCIDEM.

A sua escolha recai sobre os fenómenos Ventilação, Comunicação e Ulcera.

Considera-se fenómeno Ventilação um tipo de Respiração com as características específicas: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo respiratórios determinados, profundidade inspiratória e volume expiratório (CIPE, 2005), assim, para o fenómeno Ventilação pode ser definido o diagnóstico de **Ventilação ineficaz**.

O fenómeno Comunicação é um tipo de ação interdependente com as características específicas: ações de dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre pessoas e grupos de pessoas, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face a face ou medidas de comunicação remota como correio, correio eletrónico e telefone (CIPE, 2005), pode ser definido o diagnóstico **Comunicação comprometida**.

O fenómeno Úlcera é um tipo de tecido com as seguintes características específicas: ferida ou lesão aberta, perda da camada mais profunda de tecido, lesão circunscrita semelhante a uma cratera, diminuição do aporte sanguíneo a essa área, tecido de granulação vermelho, necrose do tecido subcutâneo, odor da ferida, área dolorosa em torno da ferida, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico; associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno (CIPE, 2005). Para o fenómeno Úlcera podem ser definidos os diagnósticos: **Risco de Úlcera da córnea** e **Úlcera da córnea presente**.

Considera-se ter superado este objetivo na medida em que definiu três diagnósticos de Enfermagem e não dois como inicialmente se propunha.

5. Parametrizar em suporte de papel as intervenções de Enfermagem para os diagnósticos definidos:

Silva (2006), refere que intervenção de Enfermagem define-se como qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, que um enfermeiro implementa para promover resultados para o cliente. “As intervenções de Enfermagem incluem cuidados diretos e cuidados indiretos; intervenções iniciadas pelo enfermeiro, pelo médico ou por outro técnico das equipas de saúde.” (Silva, 2006: 74).

Após o levantamento das atividades realizadas na UCIDEM, a identificação dos fenómenos e a definição dos diagnósticos de Enfermagem, foram então traçadas intervenções de Enfermagem com as suas especificações.

Neste contexto, decidiu a mestrandia parametrizar em suporte de papel as intervenções para os diagnósticos definidos. De salientar que para a execução dos mesmos foram efetuadas as atividades previstas, ou seja, foi efetuada pesquisa bibliográfica e pedida colaboração do Enfermeiro parametrizador.

Descrevem-se de seguida, fenómenos, diagnósticos e intervenções de Enfermagem por forma a contribuir para a implementação do SI CIPE/SClínico na UCIDEM, considerando assim ter atingido este objetivo.

Fenómeno	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<p>Ventilação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilação Ineficaz 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Auscultar tórax</u> <ul style="list-style-type: none"> Localização <ul style="list-style-type: none"> ✓ Terço inferior ✓ Terço médio ✓ Terço superior Murmúrio vesicular <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presente ✓ Ausente ✓ Diminuído Ruídos adventícios <ul style="list-style-type: none"> ✓ Roncos ✓ Sibilos ✓ Fervores ✓ Crepitações • <u>Vigiar Respiração</u> <ul style="list-style-type: none"> Acompanhada de <ul style="list-style-type: none"> ✓ Adeso nasal ✓ Tiragem ✓ Períodos de apneia Amplitude <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profunda ✓ Superficial Frequência <ul style="list-style-type: none"> ✓ Polipneia ✓ Bradipneia ✓ Eupneico Ritmo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Regular ✓ Irregular Tipo <ul style="list-style-type: none"> ✓ Torácica ✓ Abdominal ✓ Toraco-abdominal ✓ Diafragmática ✓ Cheyne- stokes • <u>Vigiar Extremidades</u> <ul style="list-style-type: none"> Cor

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cianosadas ✓ Pálidas ✓ Rosadas Sem sinais de compromisso neuro-circulatório Sensibilidade ✓ Diminuída ✓ Aumentada Temperatura ✓ Fria ✓ Quente • <u>Vigiar Mucosa</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Descoradas ✓ Coradas ✓ Cianosadas ✓ Ictéricas Hidratadas ✓ Desidratadas • <u>Vigiar resposta ao dispositivo: BIPAP</u> <ul style="list-style-type: none"> Adaptado Não adaptado • <u>Vigiar resposta ao ventilador</u> <ul style="list-style-type: none"> Adaptado Não adaptado Modalidade Ventilatória ✓ Automode de Pressão Controlada + Pressão Assistida ✓ Automode de Volume Controlado+ Ventilação Assistida ✓ Pressão Assistida ✓ Ventilação Controlada ✓ Ventilação Assistida ✓ Ventilação Mandatória Sincronizada e Pressão Assistida ✓ Pressão Controlada Parâmetros Ventilatórios
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fração Inspiratória de O₂ ✓ Pressão Positiva no final da expiração ✓ Frequência respiratória ✓ Pressão (Controlada/Suporte) ✓ Volume • <u>Monitorizar condição da ventilação através do ventilador</u> • <u>Monitorizar condição ventilação através de dispositivo: BIPAP</u> • <u>Gerir oxigenoterapia</u> • <u>Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento</u> • <u>Otimizar traqueostomia</u> • <u>Otimizar tubo traqueal</u> • <u>Preparar ventilador</u> • <u>Trocar dispositivos</u> • <u>Posicionar a pessoa</u>
<p>Comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação comprometida 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Identificar barreiras a comunicação</u> Défice ✓ Visual ✓ Auditivo ✓ Sensorial ✓ Cognitivo Idioma Presença de tubo ✓ Tubo Orotraqueal ✓ Traqueostomia • <u>Vigiar a comunicação</u> Características ✓ Articula palavras simples ✓ Discurso perceptível ✓ Discurso impercetível ✓ Discurso lentificado Comunica Comunica com frases simples Não comunica

		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Supervisionar comunicação</u> <p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conseguida ✓ Não conseguida ✓ Parcialmente conseguida <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gerir comunicação</u> • <u>Otimizar comunicação</u> • <u>Providenciar materiais de comunicação</u> • <u>Providenciar óculos</u> • <u>Providenciar _____ prótese auditiva</u> • <u>Providenciar _____ prótese dentária</u> • <u>Promover _____ comunicação recetiva</u> • <u>Promover envolvimento da família</u> • <u>Promover uma comunicação expressiva</u> • <u>Incentivar a comunicação</u> • <u>Escutar a pessoa</u> • <u>Instruir a comunicar</u>
<p>Úlcera</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de Úlcera da córnea <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Úlcera da córnea presente 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vigiar córnea</u> • <u>Gerir _____ regime medicamentoso</u> • <u>Manter encerramento dos olhos</u> • <u>Manter penso ocular</u> • <u>Aplicar lágrimas artificiais</u> • <u>Aplicar penso de ferida no olho</u> • <u>Executar tratamento à úlcera da córnea</u> • <u>Lavar os olhos</u> • <u>Ensinar o prestador de cuidados sobre tratamento à úlcera de córnea</u>

		<ul style="list-style-type: none">• <u>Instruir o prestador de cuidados sobre tratamento à úlcera de córnea</u>• <u>Instruir sobre tratamento à úlcera de córnea</u>
--	--	---

Quadro 5 – Fenómenos/Diagnósticos/Intervenções de Enfermagem

5 – CONTRIBUTO PARA A UCIDEM

Como já foi referido anteriormente, é na área da saúde que a implementação da metodologia de projeto, como meio de resolução de um problema, assume um papel fulcral para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados. A divulgação dos resultados de um projeto nesta área possibilitará o conhecimento de esforços realizados assegurando o conhecimento externo do projeto e a possibilidade de discutir as estratégias adotadas na resolução do problema.

Tal como refere Nunes a divulgação dos resultados, deverá ser um “dever ético do investigador.” (Nunes, 2010:34). Neste contexto, sente-se a mestrandia na obrigação de divulgar resultados, fornecer conhecimento, contribuindo para a resolução do problema identificado.

Deste modo, após adquirir conhecimentos, ter averiguado a possível aplicabilidade do sistema na UCIDEM, realizado a iniciação do processo efetuando o levantamento de alguns fenómenos, definindo diagnósticos e traçando as respetivas intervenções de Enfermagem, apresenta agora estratégias de modo a que possa contribuir para a implementação do SI na UCIDEM.

Ao delinear um plano, apresenta assim um modelo, com base em conhecimentos adquiridos, de modo a que a transformação da realidade se processe da forma mais eficiente.

Desta forma, após os conhecimentos adquiridos e para delinear um plano estratégico, muitos foram os fatores a ter em conta. Desses fatores, destacam-se os problemas/desvantagens identificados no processo de mudança e na utilização da CIPE/SClínico em outras UCIs, associados a todo o conhecimento sobre os recursos e características organizacionais da UCIDEM.

Efetua-se de seguida um Plano estratégico com ações organizadas, mobilizando recursos e estratégias para alcançar o resultado desejado.

1ª Fase – Constituição de grupo de trabalho para liderar o processo de mudança.

É primordial a existência de um grupo de trabalho, que conjuntamente com o Sr. Enf^o Chefe lidere e organize todo o processo de mudança, para “manter uma linha orientadora, induzir à mudança, motivar, impulsionar, liderar, incentivar.” (Silva, 2006:155).

Este grupo de trabalho, podendo basear-se neste documento, deverá efetuar um projeto cumprindo todas as suas fases. Deverá reunir de forma a identificar limitações condicionantes do trabalho, efetuar o levantamento de recursos, esclarecer atividades a desenvolver pelos diferentes elementos do grupo e definir métodos e técnicas de pesquisa, no fundo deverá planear.

Para tal, torna-se primordial a calendarização das atividades, desenvolvendo-se um cronograma de forma a determinarem-se as datas do início e do fim, planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto. O cronograma apresenta-se como uma constante ao longo do projeto. O recurso à utilização de gráficos, esquemas e escalas são estratégias facilitadoras para uma maior clareza e compreensão do planeamento (Miguel, citado por Nunes, 2010).

Neste contexto, sugere-se a elaboração de um gráfico de Gantt uma vez que este permite o acompanhamento da realização de tarefas e atividades que compõem o projeto, sendo uma ferramenta transparente para todos elementos permitindo a visualização do progresso do projeto. Neste gráfico cada fase/tarefa é representada por uma linha, enquanto as colunas representam os dias, semanas ou meses do calendário de acordo com a duração do projeto. O tempo atribuído a uma tarefa modela-se por uma barra horizontal sendo a extremidade esquerda posicionada sobre a data prevista de início e a extremidade direita na data prevista para o fim da realização. As tarefas podem ligar-se sequencialmente ou ser executadas em paralelo.

Para que este Plano seja mais explícito, foi traçado um esboço do gráfico de Gantt, sendo uma mais valia na clarificação deste contributo (Apêndice III).

2ª Fase – Agilização de Meios Técnicos para a UCIDEM.

Os meios técnicos (computadores) interferem com a utilização regular do SIE em suporte eletrónico. Na UCIDEM não existem computadores em número suficiente para a realização de registos no SCLínico. Para que esta situação seja minimizada, serão necessários mais dois computadores, além dos que já existem. Sugere-se a colocação de

um computador em cada sala, sala de Cuidados Intensivos e Sala de Cuidados Intermediários.

3ª Fase – Formação sobre linguagem CIPE.

Sendo esta uma das grandes lacunas e dificuldades sentidas por profissionais de outros serviços, considera-se prioritário a formação sobre CIPE. Esta formação abordaria temas como: O que é a CIPE, análise e clarificação de conceitos sobre fenómenos, diagnósticos e intervenções de Enfermagem e treino na realização de planos de cuidados em linguagem CIPE.

Considera-se nesta fase a realização não apenas de uma formação mas de um módulo de formações. Prevê-se também nesta fase a identificação de outras necessidades formativas.

4ª Fase – Envolvimento da equipa no processo de mudança.

A equipa, deve ser envolvida no processo de mudança, uma vez que segundo Silva (2010), os enfermeiros com participação ativa e construtiva, apropriam-se do modelo dos SIE, ao contrário daqueles que adotam uma atitude de desinteresse pelo processo.

Por esta ordem de ideias, seria benéfico que toda a equipa identifica-se fenómenos, diagnósticos e intervenções de Enfermagem ajustados à atividade realizada na UCIDEM.

5ª Fase – Organização da identificação dos fenómenos/diagnósticos/intervenções de Enfermagem para a UCIDEM

Após recolha dos fenómenos/diagnósticos/intervenções de Enfermagem característicos da UCIDEM, identificados pela equipa, o grupo de trabalho procederá agora à organização dos mesmos de modo a que possam ser parametrizados no aplicativo.

6ª Fase – Parametrização no SCLínico para a UCIDEM.

Nesta fase o grupo de trabalho junto com os enfermeiros parametrizadores, efetuariam a parametrização no aplicativo, elaborando também uma brochura que servirá de guia orientador à realização dos registos.

Os SIE devem ser suficientemente flexíveis para não “normalizar” a documentação de Enfermagem e, muito menos, a prática dos enfermeiros. Desta forma é fundamental o trabalho de parametrização de conteúdos ajustado ao contexto da prática.

De realçar que há necessidade de adotar medidas para manter atualizados os conteúdos parametrizados. “Isto pode constituir-se num interessante instrumento face à melhoria contínua da qualidade...”(Silva, 2006:272).

7ª Fase – Formação sobre a parametrização efetuada para a UCIDEM.

Nesta fase realizar-se-ia outra formação de modo a apresentar toda a parametrização efetuada para a UCIDEM, sendo também distribuída a cada enfermeiro a brochura elaborada que funcionará como futuro guia orientador para os registos.

Importa frisar nesta fase que, como foi referido anteriormente, existe sempre necessidade de manter atualizados os conteúdos parametrizados, pelo que caso se identifiquem outros fenómenos/diagnósticos ou intervenções, será necessário parametriza-los.

8ª Fase – Formação sobre o aplicativo.

Posteriormente aos conhecimentos adquiridos sobre a linguagem CIPE, à identificação dos fenómenos/diagnósticos/intervenções de enfermagem da UCIDEM e após a parametrização efetuada para o serviço, segue-se a formação orientada para a utilização do aplicativo informático.

Note-se que no momento formativo sobre o aplicativo, já estará efetuada a parametrização dos conteúdos necessários às necessidades de documentação do serviço, o que causará menos confusão e levantará menos dúvidas, uma vez que o aplicativo já está adaptado à UCI.

9ª Fase – Treino em versão teste do aplicativo.

Segue-se período de treino e aquisição de confiança relativamente ao SIE, utilizando os conteúdos parametrizados e simulando a produção da documentação de Enfermagem.

10ª Fase – Reunião preparatória à utilização do CIPE/SClínico

Nesta fase prevê-se a identificação de alguma necessidade formativa, prepara-se a equipa para alguns pontos negativos que possam eventualmente acontecer inicialmente. Consciencializa-se a equipa para o aumento de tempo despendido em registos na admissão de doentes e na fase inicial de adaptação, incentivando o trabalho em equipa.

Auscultam-se dúvidas, medos e anseios, tentando o grupo orientador responder aos mesmos motivando e tranquilizando a equipa.

11ª Fase – Início da utilização do SIE CIPE/SClínico

Gradualmente inserem-se os doentes no aplicativo, iniciando-se assim a produção da documentação em Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da sociedade de informação é uma característica dos nossos dias, afigurando-se produtivo refletir sobre as formas de rentabilizar as novas ferramentas para promover melhores cuidados de Enfermagem. Os SIE são hoje uma realidade em Portugal, as Administrações das Instituições de Saúde, a todos os níveis de gestão, tenderão a incorporar as tecnologias da informação e comunicação nos processos organizacionais.

Emerge a necessidade dos enfermeiros se dedicarem à investigação na área dos SIE, de forma a produzirem evidência empírica geradora de modelos de dados que venham a aumentar o potencial de gestão, organização e tratamento da informação que resulta dos cuidados de Enfermagem, com uma visão estratégica favorecedora do desenvolvimento das práticas (Silva, 2006). Neste sentido, acredita a mestranda que este trabalho possa ser um contributo para o investimento em SIE na UCIDEM da ULSNA, enquanto promotores da qualidade dos registos e consequentemente qualidade dos cuidados.

Nunca como agora se enfatizou tanto a importância da representação formal da realidade, da Enfermagem, nos sistemas de informação e documentação. Atualmente requerem-se sistemas de registos, sobretudo eletrónicos, que permitam a utilização da informação recolhida no local da prestação de cuidados, para as diferentes finalidades (Simões, 2007).

Sendo a Enfermagem uma profissão e disciplina científica, a consolidação e a manutenção da mesma requer uma permanente atualização daquilo que se passa na realidade clínica quotidiana, para que a mesma se mantenha útil à sociedade, cujas necessidades estão em permanente transformação.

Neste contexto o emprego dos SI deve ser intrínseco aos cuidados de Enfermagem, facilitando a tomada de decisão dos enfermeiros melhorando a qualidade dos cuidados ao utente. Deverá igualmente fornecer dados, informações e conhecimentos para avaliar os custos e a eficácia dos cuidados, tendo como principal

finalidade a proteção, segurança e privacidade das informações dos utentes e profissionais (Silvestre, 2009).

O objetivo das tecnologias da informação e comunicação para a saúde é o de melhorar significativamente a qualidade, acesso e eficácia dos cuidados de saúde disponíveis a todos os cidadãos. A sua aplicação em todas as Instituições de Saúde permitirá uma participação plena dos enfermeiros nas tomadas de decisão, relativamente à área de Enfermagem, contribuindo para uma maior colaboração entre os pares, e consequentemente, uma maior responsabilização dos mesmos.

A agregação da informação ao nível das unidades abrirá uma nova fase nas estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pela produção de dados sobre os cuidados de Enfermagem na Unidade. Os dados poderão ser analisados pelos enfermeiros dessa unidade de cuidados, no sentido de refletir sobre os procedimentos que não se apresentam favorecedores de resultados positivos, oriundos de intervenções de Enfermagem, levando a uma abordagem da melhoria contínua da qualidade dos cuidados baseada na reflexão sobre a ação e no desenvolvimento pessoal, o que poderá constituir uma estratégia de *empowerment* dos enfermeiros e o abandono dos rituais que tendem a impedir o desenvolvimento das práticas (Silva, 2006).

Deste modo e como já foi referido anteriormente decidiu a mestranda contribuir para o investimento em SIE na UCIDEM da ULSNA. Para tal aqui se apresenta o resultado final deste trabalho que surge na sequência da realização do projeto de estágio concretizado na UCIDEM da ULSNA, que teve como propósito a Promoção da Implementação do Sistema de Informação CIPE/SCLínico no referido serviço.

O estágio foi enriquecedor e em muito contribuiu para o desenvolvimento de novos saberes e competências. Considera ter atingido os objetivos a que se propôs inicialmente.

BIBLIOGRAFIA

- Barra, G.; Sasso, D. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação Internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. In *Scielo*. Acedido em 1 de Outubro de 2014 em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200024&script=sci_arttext
- Bolander, V. (1998) – *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Carvalho, R. (2003) *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem (2003). A qualidade dos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros, Do Caminho Percorrido e das Propostas*, 139-151.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão Beta2*. Lisboa: Gráfica.
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2*. Santa Maria da Feira: Lusodidacta.
- Figueiredo, P. & Raleiras, M. (2012). *Revisitar os estudos curriculares: Onde estamos e para onde vamos?* Lisboa: Instituto da Educação da Universidade de Lisboa.

- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – manual para os serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Leal, M. (2006) – *A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência.
- Lopes, P (2011) - *Elaboração de um Catálogo Electrónico de Enfermagem para a Urgência Hospitalar*. Universidade do Minho Escola de Engenharia. Tese de Mestrado Integrado em Engenharia Biomédica. Acedido a 2 de Outubro de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/19939>
- Ministério da Saúde Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2003). *Cuidados Intensivos Recomendações para o seu desenvolvimento*. Gráfica Maiadouro. Acedido a 30 de Setembro de 2014 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, nº15, 1-37.
- Ordem dos Enfermeiros (2000). *Entrevista à DR. Carmen Pignatelli*. A CIPE vai ser utilizada em todos os aplicativos em que haja a prática de Enfermagem. In *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 30 de Novembro de 2014 de http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/24C1504C-82CD-4524-A5C1-CF42FDE977F6/0/Roe21_Minist%C3%A9rio.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. In *Ordem dos Enfermeiros*, nº10, 49-56.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Da importância da informação e dos sistemas de informação de enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*, nº19, 46-50.

- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Pereira, R. (2011) - *Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: Uma Proposta*. X Curso de Mestrado de Saúde Pública Integrado na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 4 de Dezembro de 2014 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%C3%A9bio%20Pereira.pdf>
- Simões, C. & Simões, J. (2007) – Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as necessidades Humanas Fundamentais. In *Revista Referência*, 9-23.
- Silva, A. (2006) – *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silvestre, M. (2009) – Aplicação da Informática na Enfermagem Portuguesa: Passado, Presente e Futuro. In *Revista de Enfermagem*, 124-130.
- Sousa, M. A. (2006) – Prelecção na apresentação do manual CIPE. In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 21, 10-12.
- Sousa, P. (2012) – Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades... . *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Acedido em 21 de Fevereiro de 2014 em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0080-62342012000500001>
- Urden, L.; Stacy. K. e Lough, M. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnóstico e Intervenção*. Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Autorização da Instituição de Saúde (ULSNA)



CA
2015/02/09

Deverá o sizo. Diretor do Dep. de Cuidados de UCI, promover a **INFORMAÇÃO** sobre o pedido de estudo e seu acesso e já com a audiência da Comissão de Ética. Se a apreciação for positiva, utilize o documento a CA para as devidas assinaturas.

2015/02/09

Acto de 04/2015
Vol 11

De: Maria Luza Lopes- Comissão de Ética
Para: Conselho de Administração

C/C:

ASSUNTO: "Promoção da Implementação do Sistema de Informação CIPE/SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira em Portalegre".

Q. Conselho de Administração
PARECER
Dorinda Calhaz
José Carlos Freixinho
Joaquim Araújo
Jorge Gomes
António José Soares Miranda

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
OCA autoriza a realização do estudo "Promoção da Implementação do sistema de Informação CIPE/SAPE na UCI, cumprindo as instruções no ponto 6 - A audiência de presente informação.
Juntamente a este despacho, o sizo. Diretor do Departamento de UCI, o sizo. Prof. Cláudio da UCI e a Comissão de Ética

04-02-2015

A mestranda de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, Patricia José da Cruz Dias de Monteiro Braga, solicitou autorização para consultar documentos, processos de enfermagem dos doentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira, a realização do estudo "Promoção da Implementação do Sistema de Informação CIPE/SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira em Portalegre".

Junta toda a documentação, cumprindo então proceder à sua análise e informar o seguinte.

1- Enquadramento do estudo

O presente estudo tem o seu enquadramento no âmbito da tese de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, sob orientação do Prof. Dr. Adriano Pedro.

2- Objetivos

2.1- Objetivo geral

Promover a implementação do Sistema de Informação CIPE/SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira em Portalegre.

2.2- Objetivos específicos

- Adquirir Conhecimentos sobre o Sistema Informação CIPE/SAPE.
- Averiguar a aplicabilidade do Sistema de Informação CIPE/SAPE em UCIs.
- Efetuar o levantamento dos principais fenómenos presentes na prática de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira em Portalegre.

[Handwritten signature]



- Definir dois dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre.
- Parametrizar em suporte de papel as intervenções de Enfermagem para os diagnósticos definidos.
- Contribuir para a operacionalização do sistema na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre.

3- População alvo

- Utentes internados na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre.

4- Tipo de Estudo

O estudo é quantitativo.

5- Instrumento e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efectuada através da consulta ao *layout* da aplicação CIPE/SAPE, bem como aos processos dos doentes internados na UCI, visando identificar os principais diagnósticos de enfermagem que ocorrem naquela unidade, realizando também reuniões com o Enfermeiro Chefe.

6- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente projecto de investigação e deliberou o seguinte:

O estudo afigura-se como pertinente, atendendo à sua temática e objetivo, existindo efetivamente uma preocupação crescente em todos os registos, a que a prática de enfermagem não é alheia, revelando-se crucial, tendo em conta que estes profissionais prestam a maioria dos cuidados assistenciais aos doentes.

Com efeito, os sistemas de informação na saúde e sua constante evolução, tem permitindo a obtenção de dados mais fiáveis e concretos, podendo-se assim melhorar a qualidade da prestação de cuidados continuamente.

Uma vez que são recolhidos dados clínicos, *in casu*, os diagnósticos mais frequentes dos doentes internados na UCI Dr. Emílio Moreira, a mestranda elaborou ainda modelo de consentimento informado, o qual se encontra anexo ao processo administrativo, parecendo-nos que estão acautelados os aspetos ético legais.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, delibera emitir parecer favorável, à realização do estudo subordinado ao tema: "Promoção da Implementação do Sistema de Informação CIPE/SAPE na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre", propondo que seja autorizada a recolha de informação através da consulta dos processos de enfermagem dos doentes internados na UCI DR. Emílio Moreira em Portalegre, necessários à elaboração do estudo.

A presente autorização deverá ter em conta que todos os dados recolhidos deverão ser destruídos logo que o estudo seja finalizado (compreendendo a sua apresentação/discussão, etc), devendo ainda os mesmos prosseguir apenas o fim a que se destinam.

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À mestranda, Dr.ª Patrícia José da Cruz Dias de Monteiro Braga;



- Ao Sr. Diretor do Departamento de Urgência, Dr. Fernando Pádua;
- Ao Sr. Enf.º Chefe da UCI Dr. Emilio Moreira
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.



MARIA LUÍZA LOPES
Responsável do Serviço
Jurídico e Contencioso

Anexo: Requerimento, anteprojecto do estudo.

Modelo do termo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Promoção da Implementação do Sistema de Informação CIPE/SClínico na Unidade de Cuidados Intensivos Dr Emílio Moreira em Portalegre”

Patrícia José da Cruz Dias de Monteiro Braga, enfermeira, Pós Licenciada em Enfermagem de Reabilitação e aluna do Mestrado em Enfermagem de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde na Escola Superior de Saúde de Portalegre, conjuntamente com o seu orientador, vêm solicitar a sua colaboração para a realização de um relatório de estágio, com o objetivo de Contribuir para a implementação do Sistema de Informação CIPE/SClínico na Unidade de Cuidados Intensivos Dr Emílio Moreira no Hospital de Portalegre.

A sua participação neste estudo é espontânea, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. Contudo, a sua colaboração contribuirá para o desenvolvimento do Sistema de Informação CIPE/SClínico na UCIDEM. Serão somente consultados alguns dos seus dados relativos aos cuidados de Enfermagem prestados durante o internamento na UCIDEM, através da consulta do seu processo de Enfermagem. A sua identidade será preservada com a utilização de pseudónimos e a qualquer momento, poderá solicitar novas informações sobre o presente estudo, bem como desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, ----- (nome), declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima descrita de maneira clara e detalhada. Recebi informações sobre a minha participação e esclareci as minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a minha decisão se assim o desejar. A mestranda Patrícia Braga colocou-se à disposição para posteriores esclarecimentos pelo telemóvel 966476305 e e-mail enf.patriciabraga@gmail.com.

Declaro, por fim, que recebi cópia deste Termo de Consentimento Informado.

Portalegre, ---- de ----- de -----

Participante da Pesquisa

Adriano Pedro
(IPP-ESSP)

Patrícia Braga
(Aluna de Mestrado IPP-ESS)

APÊNDICE II - Grelha de Observação

Grelha de Observação

Categorias	Itens a Observar
Processo de Mudança	<ul style="list-style-type: none">➤ Orientação do processo de mudança;➤ Identificação dos fenómenos/diagnósticos/intervenções;➤ Participação da equipa;➤ Obstáculos;➤ Satisfação profissional dos enfermeiros no processo de mudança.
Operacionalidade do Sistema	<ul style="list-style-type: none">➤ Vantagens;➤ Desvantagens;➤ Dificuldades.
Qualidade	<ul style="list-style-type: none">➤ Tempo despendido;➤ Duplicação de registos;➤ Continuidade dos Cuidados;➤ Comunicação entre pares e inter-profissionais;➤ Qualidade dos registos/cuidados.

APÊNDICE III – Esboço de Gráfico de Gantt

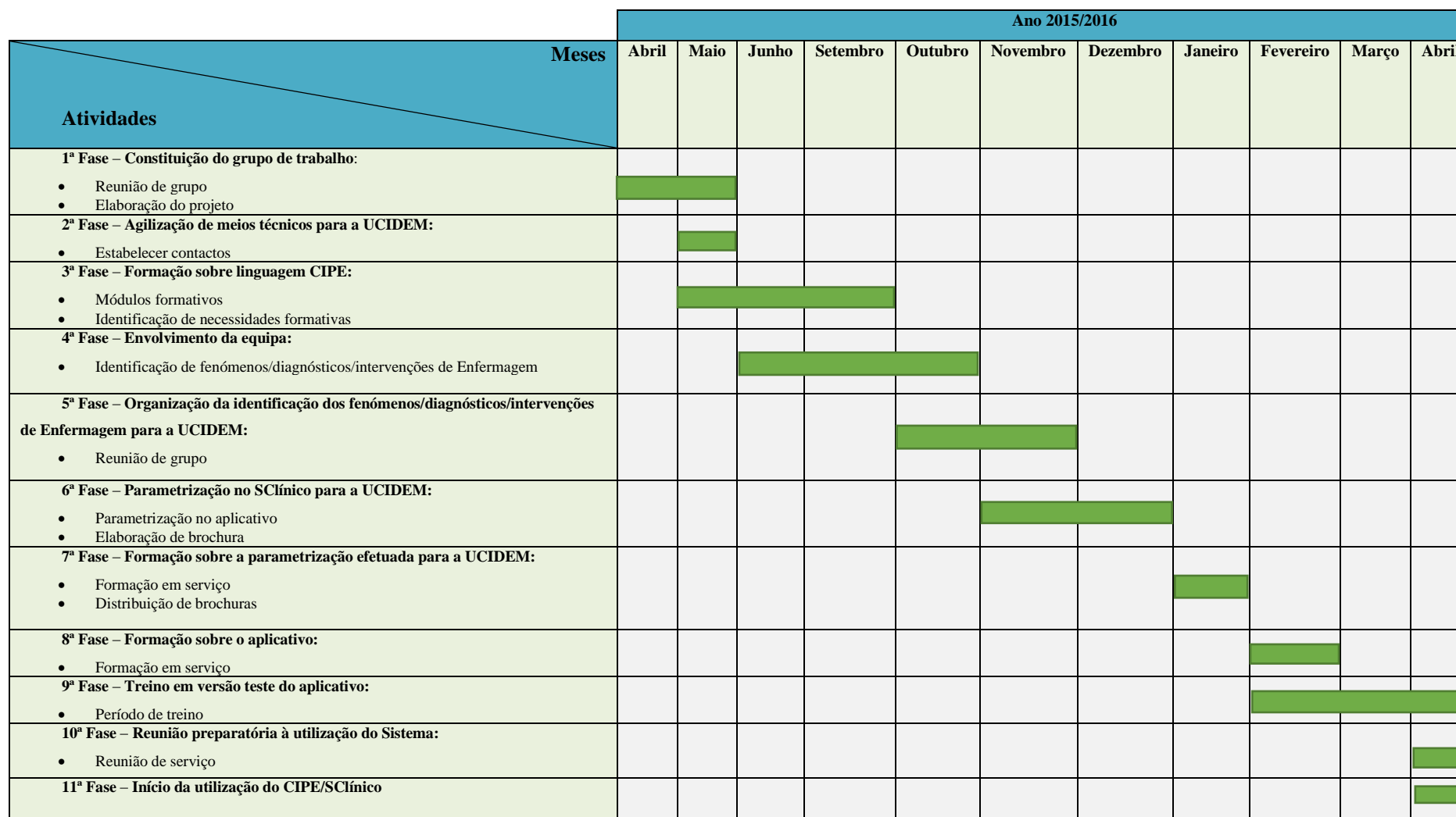


Gráfico de Gantt