

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

**Curso Ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de
Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)**

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

**CONTRIBUTOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES E
DA CIPE NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:
ROSA DILAR PEREIRA COSTA**

**Orientador:
PAULO RESENDE SILVA
Co-Orientador:
Carlos Silva**

Évora

Novembro, 2006

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

**Curso Ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)**

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

**CONTRIBUTOS DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENTES E DA CIPE NO
TRABALHO DE ENFERMAGEM**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:
ROSA DILAR PEREIRA COSTA**

**Orientador:
PAULO RESENDE SILVA
Co-Orientador:
Carlos Silva**



162 961

Évora

**Novembro, 2006
UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

A sabedoria contém tudo. Por isso, o sábio, com plena consciência da inviabilidade do conhecimento absoluto, sente-se distante dele não incorrendo na insensatez da presunção de não se reconhecer ignorante.

João Isaac, 1989.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Paulo Resende da Silva orientador deste trabalho, pelo seu apoio, que nos foi imprescindível para a realização do mesmo.

A todos os inquiridos que participaram neste estudo.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE	Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogêneos
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiras
OE	Ordem dos Enfermeiros
RMDE	Resumo Mínimo de Dados em Enfermagem
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E	Sistema de Classificação de Doentes por Grau de Dependência em Cuidados de Enfermagem
SIE	Sistemas de Informação em Enfermagem
SONHO	Sistema Integrado de Gestão Hospitalar
SPIE	Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA	26
1. REVISÃO DA LITERATURA	27
1.1. Síntese Histórica da Evolução da Enfermagem	27
1.2. Modelos Conceptuais de Enfermagem	32
1.3. Processo de Enfermagem	35
1.4. Sistemas de Classificação em Enfermagem	52
1.4.1. Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem	54
1.4.2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	66
1.5. Resultados de Outros Estudos	86
1.6. Registos de Enfermagem	92
CAPÍTULO II: METODOLOGIA	103
2. METODOLOGIA	104
2.1. Questões de investigação	104
2.2. Objectivos de Estudo – Geral e Específico	104
2.2.1. Geral	104
2.2.2. Específico	104
2.3. Justificação e Delimitação do Estudo	105
2.4. Variáveis	107
2.4.1. Variável independente	107
2.4.2. Variáveis Dependentes	107
2.5. Tipo de Estudo	108
2.6. Locais do Estudo	112
2.7. Sujeitos do Estudo	113
2.8. Instrumentos de Recolha de Informação	115

2.8.1. Inquérito por Questionário	115
2.8.2. Entrevista Semi-estruturada	120
2.9. Procedimentos	123
2.9.1. Considerações de Natureza Ética	129
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	131
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	132
3.1. Caracterização da amostra	132
3.2. Perfil Sócio-Demográfico dos Inquiridos	133
3.3. Apresentação das respostas dos inquiridos às questões fechadas do Inquérito por questionário	137
3.4. Análise de conteúdo das questões abertas do inquérito por questionário	158
3.4.1. Categoria: Mecanização do Trabalho	160
3.4.2. Categoria: Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE]	165
3.4.3. Categoria: Política de mobilidade	169
3.4.4. Categoria: Mudanças na prática de enfermagem	173
3.5. Análise de conteúdo das Entrevistas Semi-Estruturadas	175
3.5.1. Caracterização do Perfil Sócio-Demográfico dos inquiridos	176
3.5.1.1. Composição da amostra segundo o grupo etário e a idade	176
3.5.1.2. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o cargo que ocupam	176
3.5.1.3. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o grau de formação profissional	177
3.5.1.4. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os anos de exercício profissional	177
3.6. Análise de Conteúdo das respostas dos entrevistados sobre o SCD/E	178
3.6.1. Categoria Organização do Trabalho	178
3.6.2. Categoria Impactos do SIE: SCD/E na prática de enfermagem	179

3.6.2.1. Subcategoria Influência do SIE: SCD/E na prática de enfermagem	180
3.6.3. Categoria Impactos do SIE: SCD/E na Área de Intervenção de Enfermagem	184
3.6.3.1. Subcategoria Influência do SIE: SCD/E na área de intervenção de enfermagem	184
3.6.4. Subcategoria Padronização dos Cuidados	187
3.6.5. Subcategoria Mecanização do Trabalho	187
3.6.6. Subcategoria Reflexão	189
3.6.7. Subcategoria Registos de Enfermagem	190
3.6.8. Subcategoria Linguagem Padronizada	192
3.6.9. Categoria Impactos do SIE: SCD/E no campo relacional	193
3.6.10. Categoria Impactos do SIE: SCD/E no campo informacional/comunicacional	195
3.6.10.1. Subcategoria Comunicação	197
3.6.11. Categoria Impactos do SIE: SCD/E no campo do desenvolvimento profissional	199
3.6.12. Categoria Impactos do SIE: SCD/E no campo organizacional	202
3.6.12.1. Subcategoria Comunicação organizacional	204
3.6.13. Categoria Impactos do SIE: SCD/E no campo da Autonomia/Responsabilidade Profissional	205
3.6.14. Categoria vantagens da adopção do SCD/E para a prática de enfermagem	206
3.6.15. Categoria Vantagens da adopção do SIE: SCD/E para a gestão	208
3.6.16. Categoria Vantagens da adopção do SIE: SCD/E para a profissão	209
3.6.17. Categoria Limitações do SIE: SCD/E	211
3.7. Análise de conteúdo das respostas dos entrevistados sobre o SAPE [CIPE]	212
3.7.1 Categoria Organização do Trabalho	213
3.7.2. Impactos do SIE: SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	217

3.7.3. Categoria: Impactos do SIE: SAPE [CIPE] na Área de Intervenção de Enfermagem	232
3.7.3.1. Subcategoria Influência do SIE: SAPE CIPE na Área de Intervenção de Enfermagem	232
3.7.3.2. Subcategoria Padronização dos cuidados	238
3.7.3.3. Subcategoria Mecanização do Trabalho	246
3.7.3.4. Subcategoria Reflexão	248
3.7.3.5. Subcategoria Registos de enfermagem	249
3.7.3.6. Subcategoria Linguagem CIPE	254
3.7.4. Impactos do SIE: SAPE [CIPE] no campo relacional	256
3.7.4.1. Subcategoria Parceria no cuidar	256
3.7.5. Categoria: Impactos do SIE: SAPE [CIPE] no campo informacional/comunicacional	260
3.7.5.1. Subcategoria Informação	260
3.7.5.2. Subcategoria Comunicação	262
3.7.6. Categoria Impactos do SIE no campo do desenvolvimento profissional	265
3.7.7. Categoria Impactos do SIE: SAPE [CIPE] na Organização	273
3.7.7.1. Subcategoria Gestão organizacional	274
3.7.7.2. Subcategoria Comunicação organizacional	275
3.7.7.3. Subcategoria Política de mobilidade	277
3.7.8. Categoria Impactos do SIE: SAPE [CIPE] no Campo da Autonomia / Responsabilidade Profissional	278
3.7.9. Categoria Vantagens da adopção do SIE: SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	287
3.7.10. Categoria Vantagens da adopção do SIE: SAPE [CIPE] para a gestão	297
3.7.11. Categoria Vantagens da adopção do SIE: SAPE [CIPE] para a profissão	298
3.7.12. Categoria Desvantagens da adopção do SIE: SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem	303

3.7.13. Categoria Limitações do SIE: SAPE [CIPE]	307
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	309
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	310
4.1. Discussão dos resultados do inquérito por questionário	311
4.2. Discussão dos resultados da Análise de Conteúdo das questões do Inquérito por Questionário	315
4.3. Discussão dos resultados da Análise de Conteúdo das entrevistas	316
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES	329
5. CONCLUSÕES	330
CAPÍTULO VI: RECOMENDAÇÕES	339
6. RECOMENDAÇÕES	340
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	344
APÊNDICES: VOLUME II	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Relação Diagnósticos de Enfermagem/Autonomia Profissional	39
Figura 2 – O Processo de Construção do Conhecimento de Enfermagem	51
Figura 3 – Pirâmide de Fenómenos da CIPE – versão alfa	73
Figura 4 – Alteração da Pirâmide de Fenómenos da CIPE – versão alfa para a versão beta	75
Figura 5 – Medição dos Resultados de Enfermagem com recurso à CIPE®	77
Figura 6 – Modificação da estrutura da CIPE®, para a versão 1.0	78
Figura 7 – Efeitos do sistema de informação SAPE [CIPE] para a enfermagem	333

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo do uso dos eixos na concepção do diagnóstico de enfermagem	79
Quadro 2 – Descrição das variáveis dependentes do estudo	108
Quadro 3 – Dimensões do questionário	118
Quadro 4 – Dimensões da entrevista	123
Quadro 5 – Unidades de estudo e número de respondentes do inquérito por questionário	124
Quadro 6 – Síntese das categorias e indicadores das questões abertas do inquérito por questionário	159
Quadro 7 – Síntese da Categoria Mecanização do trabalho	160
Quadro 8 – Síntese da categoria Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE	166
Quadro 9 – Síntese da Categoria Política de mobilidade	170
Quadro 10 – Síntese da categoria Mudanças na prática de enfermagem	172
Quadro 11 – Comparação dos resultados das investigações versus resultados apurados no trabalho	335

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o sexo	134
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por grupo etário	134
Gráfico 3 – Distribuição profissionais de enfermagem de acordo com o ano de conclusão da Licenciatura em Enfermagem	135
Gráfico 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo ser detentor de Pós-Graduações	136
Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o tempo de contacto com os Sistemas de Informação em Enfermagem	136
Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o local de formação dos Sistemas de Informação em Enfermagem	137
Gráfico 7 – Distribuição dos inquiridos segundo o item Organização do Trabalho	137
Gráfico 8 – Influência dos SIE na prática de enfermagem	140
Gráfico 9 – Influência dos SIE na prática de enfermagem – Grupo A	141
Gráfico 10 – Influência dos SIE na prática de enfermagem – Grupo B	142
Gráfico 11 – Influência dos SIE na prática de enfermagem – Grupo C	143
Gráfico 12 – Influência dos SIE no desenvolvimento do raciocínio do enfermeiro	145
Gráfico 13 – Influência dos SIE no munir o enfermeiro de maior poder de decisão	145
Gráfico 14 – Influência dos SIE para a profissão	146
Gráfico 15 – Influência dos SIE na Comunicação/Relação	147
Gráfico 16 – Influência dos SIE na comunicação entre os enfermeiros	148
Gráfico 17 – Influência dos SIE na comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde	148
Gráfico 18 – Influência dos SIE na comunicação Topo Estratégico/Centro Operacional	149
Gráfico 19 – Influência dos SIE na parceria enfermeiro/doente	150
Gráfico 20 – Influência dos SIE na disponibilidade do enfermeiro para o doente	150
Gráfico 21 – Influência dos SIE na mudança do tipo de gestão praticada	151
Gráfico 22 – Tipo de gestão praticada	152

Gráfico 23 – Influência dos SIE na gestão de recursos humanos de enfermagem	153
Gráfico 24 – Gestão de recursos humanos de enfermagem – Medidas de intervenção	154
Gráfico 25 – Influência dos SIE no campo do desenvolvimento profissional	155
Gráfico 26 – Distribuição dos inquiridos segundo as áreas de maior e menor influência dos SIE na prática de enfermagem assinaladas	156
Gráfico 27 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o cargo que ocupam	177
Gráfico 28 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os anos de exercício profissional	178

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o número de sinalizações dos itens relativos às áreas de maior influência dos SIE na prática de enfermagem	156
Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o número de sinalizações dos itens relativos às áreas de maior influência dos SIE na prática de enfermagem	157
Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem por faixa etária e sexo	176
Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o grau de formação profissional	177
Tabela 5 – Síntese da Categoria: Organização do Trabalho	178
Tabela 6 – Síntese da Subcategoria: Influência do SIE: SCD/E na prática de enfermagem	180
Tabela 7 – Síntese da Subcategoria Influência do SIE: SCD/E na Área de Intervenção de enfermagem	184
Tabela 8 – Síntese da Subcategoria: Padronização dos cuidados	187
Tabela 9 – Síntese da Subcategoria: Mecanização do Trabalho	188
Tabela 10 – Síntese da Subcategoria: Reflexão	189
Tabela 11 – Síntese da Subcategoria: Registros de Enfermagem	190
Tabela 12 – Síntese da Subcategoria: Linguagem Padronizada	192
Tabela 13 – Síntese da Subcategoria: Parceria no Cuidar	194
Tabela 14 – Síntese da Subcategoria Informação	195
Tabela 15 – Síntese da subcategoria: Comunicação	197
Tabela 16 – Síntese da Subcategoria Formação	199
Tabela 17 – Síntese da Subcategoria Gestão organizacional	202
Tabela 18 – Síntese da Subcategoria Comunicação organizacional	204
Tabela 19 – Síntese da Subcategoria: Autonomia/Responsabilidade Profissional	205
Tabela 20 – Síntese da categoria Vantagens da adoção do SIE: SCD/E para a prática de enfermagem	207

Tabela 21 – Síntese da categoria: Vantagens da adoção do SIE: SCD/E para a gestão	208
Tabela 22 – Síntese da Categoria Vantagens da adoção do SIE: SCD/E para a profissão	209
Tabela 23 – Síntese da categoria Limitações do SCD/E	211
Tabela 24 – Descrição das categorias e Subcategorias que emergiram da análise das entrevistas (SAPE [CIPE])	212
Tabela 25 – Síntese da Categoria Organização do Trabalho	213
Tabela 26 – Síntese da Subcategoria Influência do SIE: SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	218
Tabela 27 – Síntese da Categoria Influência do SIE: SAPE [CIPE] na Área de Intervenção de Enfermagem	233
Tabela 28 – Síntese da subcategoria Padronizações dos cuidados	239
Tabela 29 – Síntese da Categoria: Mecanização do Trabalho	246
Tabela 30 – Síntese da Categoria Registros de enfermagem	250
Tabela 31 – Síntese da subcategoria Linguagem CIPE	254
Tabela 32 – Síntese da Subcategoria: Parceria Cuidar	257
Tabela 33 – Síntese da Subcategoria Informação	260
Tabela 34 – Síntese da Subcategoria Comunicação	262
Tabela 35 – Síntese da Subcategoria Formação	265
Tabela 36 – Síntese da categoria Impactos do SIE: SAPE [CIPE] na Organização.	274
Tabela 37 – Síntese da Categoria Autonomia/Responsabilidade Profissional	277
Tabela 38 – Síntese da categoria Vantagens da adoção do SIE: SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem	287
Tabela 39 – Síntese da categoria Vantagens da adoção do SIE: SAPE [CIPE] para a gestão	297
Tabela 40 – Síntese da categoria Vantagens da adoção do SIE: SAPE [CIPE] para a Profissão	298
Tabela 41 – Síntese da categoria Desvantagens da adoção do SIE: SAPE [CIPE]	304
Tabela 42 – Síntese da categoria Limitações do SIE: SAPE [CIPE]	307

RESUMO

Contributos do Sistema de Classificação de Doentes e da CIPE no Trabalho de Enfermagem

Este trabalho de investigação pretende, através de um estudo exploratório-descritivo, estudar os impactos dos Sistemas de Informação em Enfermagem, particularmente o Sistema de Classificação de Doentes por Grau de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCD/E) e o Sistema de Apoio às Actividades de Enfermagem com base na Linguagem CIPE (Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem), SAPE [CIPE], na prática de enfermagem, na gestão e na profissão.

A metodologia utilizada recorreu à abordagem quantitativa, através da aplicação de um inquérito por questionário aos enfermeiros prestadores de cuidados utilizadores dos respectivos sistemas, e à abordagem qualitativa, segundo a análise temática de Bardin, através de entrevistas semi-estruturadas aos enfermeiros chefes utilizadores dos sistemas SCD/E e SAPE [CIPE]. Relativamente à abordagem quantitativa optou-se pela estatística descritiva, utilizando-se os métodos tabulares e os métodos gráficos, isto é, as distribuições de frequência e a distribuição de frequências percentuais. Em relação à abordagem qualitativa, os resultados foram analisados e discutidos em categorias e respectivos núcleos de significados.

Constatou-se que os sistemas de informação informatizados são importantes para o trabalho dos enfermeiros e para a gestão. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros manifesta interesse por estes sistemas e considera estes instrumentos uma mais valia para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão. A informatização da informação de modo sistematizado e organizado é percebida como um importante aliado do enfermeiro na tomada de decisões, especialmente devido à grande mudança verificada no que respeita aos registos documentados das actividades de enfermagem.

A utilização destes sistemas também torna o trabalho do enfermeiro mais visível aos governantes, aos políticos, aos administradores hospitalares, aos demais técnicos de

saúde e ao público em geral, porque realça a importância e o peso (custo-efectividade) dos cuidados de enfermagem nos cuidados de saúde. Por outro lado, a utilização destes sistemas possibilita ao próprio grupo profissional conhecer melhor os resultados do seu trabalho e poder dispor de dados ou indicadores para eventuais trabalhos de investigação na área da enfermagem.

No entanto, constataram-se dificuldades na implementação destes sistemas nas organizações hospitalares, sobretudo do sistema SAPE [CIPE], devido à escassez de computadores que não permite ao enfermeiro desenvolver normalmente o seu trabalho e à não implementação destes sistemas de forma homogénea em todos os serviços, o que inviabilizou o conhecimento efectivo dos impactos resultantes da sua introdução, tendo sido conhecidos apenas os seus contributos.

No que respeita à formação, considerada uma área prioritária para a profissão, os enfermeiros não demonstram uma prática sistemática de estudo no que respeita à prestação de cuidados, muito embora tenham consciência da importância da formação para o seu desenvolvimento profissional, visível em alguns profissionais diplomados com pós-graduações e mestrados.

Em suma, destaca-se como grande mudança positiva os registos documentados das actividades de enfermagem e como maiores limitações a heterogeneidade da implementação dos sistemas nos serviços e a escassez de computadores. Considera-se prioritário para o futuro a focalização na informatização dos serviços e a formação em serviço.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Enfermagem, Impactos, Organização do Trabalho de Enfermagem, Práticas de Enfermagem, Desenvolvimento Profissional, Autonomia/Responsabilidade Profissional.

ABSTRACT

Contributions of the System of Classification of Patients and CIPE to the Nursing Work

This research aims, by means of an exploratory and descriptive study, to evaluate the impact of Nursing Information Systems, in particular the System of Classification of Patients by degree of dependence in nursing care (SCD/E) and the System of Support of Nursing Activities based upon CIPE language (International Classification for Nursing Practices), SAPE [CIPE], in the nursing practice, in management and the profession.

The applied methodology had the input of a quantitative approach, by means of a questionnaire survey of nurses that provide care and use these systems, as well as a qualitative approach according to Bardin's theme analysis, done through semi-structured interviews of chief nurses that use the SCD/E and SAPE [SIPE] systems. Concerning the quantitative approach, our option was for descriptive statistics, using tabulation methods and graphical methods, i.e. frequency distribution and percent distribution frequencies. In what concerns the qualitative approach, the results were analyzed and discussed in categories and respective clusters of meanings.

We observed that computerized information systems are important for the work of nurses and for management. We verified that the majority of nurses shows interest in these systems and regards these tools as useful for the nursing practice, for management and for the profession. The information available on computer systems in a systemic and organized fashion is regarded as an important ally of the nurse in decision making, particularly due to the great change that took place in what concerns the document registration of nursing activities.

The use of these systems also renders the nurse's work more visible to Government, politicians and hospital administrators, as well as other health technicians and the public in general, because it stresses the importance and weight (cost-effectiveness) of nursing care

in health care. On the other hand, the use of these systems allows the professional group to know better the results of its work and to have data and metrics for possible further research work in the nursing area.

Nevertheless, difficulties were found in the implementation of these systems in hospital organizations, namely in the SAPE [SIPE] system, due to the lack of computers, which does not allow the nurse to normally develop his work and due to the fact that these systems are not implemented in an homogeneous way in all services, which did not allow effectively grasping the impact result of its introduction. Only its contribution was understood.

In what concerns training, an area considered top priority for the profession, nurses do not show a systemic practice of studying care provision. They are aware of the importance of training for their professional development, as shown by the professionals with post-graduation and master's degree.

In summary, it should be highlighted as a big positive change the documented registrations of nursing activities and as bigger limitations the disparate implementation of services and the lack of computers. It is a priority for the future the focus on it solutions for the services and the training in service.

Key Words: Information Systems in Nursing, Impacts, Organization of the Nursing Work, Nursing Practices, Professional Development, Autonomy/ Professional Responsibility.

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem sido confrontada, ao longo da sua história, com inúmeros desafios na construção do conhecimento próprio da disciplina e no reconhecimento e valorização das suas práticas.

A partir de reflexões sobre a prática de enfermagem, verifica-se que, na sua trajectória, a enfermagem tem procurado superar o cuidado praticado sob uma visão mecanicista e reducionista, distante de uma concepção holística, para uma perspectiva humanística e interaccionista do cuidar.

Durante muito tempo a enfermagem foi praticada por religiosas e mulheres sem formação que dedicaram as suas vidas a cuidar dos pobres e doentes. As actividades são centradas no fazer manual e os conhecimentos são adquiridos na prática. O conhecimento encontra-se em consonância com o conhecimento da época vinculado a Deus. A mulher, pela fé cristã, cuida dos pobres e dos enfermos, exterioriza um saber e uma prática dogmática.

No período Renascentista, a enfermagem encontra-se enclausurada sob a lógica do “hospital religioso” e permanece empírica e desarticulada, contudo, com a Reforma religiosa e com o surgir da Inquisição ocorre uma desagregação dessa lógica. Nessa época, muitos hospitais cristãos são fechados e as religiosas são expulsas e substituídas por mulheres de baixo nível moral e social.

No período marcado pela Revolução Industrial ocorrem muitas mudanças aliadas a interesses políticos, entre as quais a reorganização das instituições hospitalares. O surgimento de NIGHTINGALE, precursora da enfermagem moderna, muda o cenário da enfermagem de então e cede lugar a um novo conceito de enfermagem. A enfermagem deixa de ser uma actividade empírica, desvinculada do saber especializado e transforma-se numa ocupação assalariada que se constitui como uma prática social institucionalizada. Assim, o saber é construído e, com o suporte de outras ciências, é desenvolvido de forma gradual um corpo de conhecimentos.

Durante muito tempo o conhecimento de enfermagem é indutivo, mas não

científico, pois para isso tem que se encontrar vinculado a uma teoria, o que só acontece na década de 50 do século XX, quando emergem as teorias de enfermagem.

A partir daqui os profissionais de enfermagem sentem a necessidade de questionar, de reflectir sobre o seu agir. O conhecimento científico passa a ser um valor de grande importância para a profissão. Para o cuidar se verificar na sua plenitude, o enfermeiro deve expressar conhecimento no cuidar o doente e a sua família.

A adopção do Processo de Enfermagem na prática introduz essa possibilidade, pelo que se verifica que a profissão adopta uma metodologia científica de trabalho alicerçada no diagnóstico, intervenção e avaliação dos resultados das intervenções concretizadas.

A evolução da sociedade faz despertar o homem para uma nova realidade, a era do conhecimento, que aliada à revolução da informática oferece ao mundo possibilidades nunca antes visionadas. As organizações começam a vislumbrar os ganhos que a ciência da computação introduz no universo empresarial: aumento da produtividade, redução de custos, qualidade, entre outros. Tal facto atrai estes *hardwares* às empresas que, de forma rápida, aplicam os aparelhos no processo de produção e da gestão.

A área da saúde começa a perceber os efeitos positivos na eficácia e na eficiência por parte do uso da informática, pelo que adopta os sistemas de informatização para o seu sector. O uso da informática é inicialmente restrito à área administrativa, mas depressa se estende à área clínica.

O sector da enfermagem, inserido neste contexto, foi também atingido por esta “febre” e depressa compreendeu os ganhos que a implementação dos sistemas de informatização podiam trazer para as suas práticas. Contudo, os governantes haviam já iniciado projectos de informatização da saúde, com o objectivo de promover uma comunicação mais eficaz entre os diferentes estabelecimentos de saúde e um serviço mais rápido e eficiente de modo a contribuir com maior informação ao cidadão sobre a sua saúde. As tecnologias da informação, devido à sua grande capacidade de organizar e sistematizar a informação, promover o rápido acesso à informação, facilitar a

comunicação e o rápido acesso a sistemas por qualquer indivíduo, independente do local geográfico onde se encontre, demonstraram o seu valor para o sector da saúde, porquanto trata-se de um campo onde afluí um grande volume de informação, dado o elevado número de intervenientes na cadeia de produção. Assim, tendo em conta as características do trabalho hospitalar, a necessidade de sistemas de informatização revela-se uma prioridade para o sector.

Entre os profissionais de saúde, o enfermeiro é o agente de saúde que mais informação produz, porquanto permanece de forma ininterrupta no espaço hospitalar e encontra-se em permanente contacto com o doente, família e outros profissionais de saúde envolvidos na produção de cuidados. A produção de cuidados nesse cenário está conectada, de um modo estrito, com uma densa rede de relações sociais, no seio da qual circulam informações por via da comunicação verbal e escrita, cuja finalidade é assegurar a continuidade da acção terapêutica. Por sua vez estas informações são geridas pelos diferentes actores, segundo as suas necessidades profissionais, com vista a atingir um fim comum: prestar cuidados ao doente. A questão que se coloca é: como gerir esta diversidade de informação necessária ao processo produtivo?

A melhor forma encontrada que permite o armazenamento de toda a informação é através da criação de um sistema de informação de forma a reunir e transmitir essa informação aos diferentes técnicos de saúde.

Outra das vantagens do armazenamento e processamento da informação é a acessibilidade aos dados em tempo útil. Para a enfermagem, o sistema de informação desempenha um papel fundamental na gestão dos serviços de enfermagem, na gestão dos cuidados de enfermagem e como instrumento de apoio às práticas de enfermagem.

Neste contexto, com a adopção do Sistema de Informação à Enfermagem (SIE), deve-se iniciar a construção de um novo quotidiano laboral nas instituições de saúde que expresse uma nova relação entre enfermeiros utilizadores do sistema e uma nova forma de gerir o processo de trabalho.

No contexto hospitalar a maioria dos enfermeiros trabalha por turnos. Por isso, quando chegam ao local de trabalho, estes profissionais sentem a necessidade de ter

informações actualizadas, de modo a dar continuidade aos cuidados. Neste âmbito, a informatização dos registos permite promover tal actualização, constituindo-se, assim, como um instrumento importante de apoio ao enfermeiro no desenvolvimento das suas actividades.

Segundo os autores lidos, a introdução da informática oferece um poderoso instrumento de trabalho aos enfermeiros prestadores de cuidados ao conceder-lhes um trabalho sistematizado e organizado.

A concepção e implementação de sistemas de informação em enfermagem, como o Sistema de Classificação de Doentes (SCD/E) e os Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) estão direccionados para as actividades de enfermagem. Construído para a enfermagem, os conteúdos estão alicerçados no modelo Processo de Enfermagem.

Por essa razão, a concepção destes sistemas constitui uma mais valia para a classe, porque permite aceder em tempo útil a um manancial de informações, promove espaços de reflexão sobre as práticas. Ao usar uma linguagem padronizada, conduz à uniformidade dos cuidados, à produção de indicadores que possibilita a investigação e, por conseguinte, à produção de conhecimento próprio da disciplina.

Mediante tais considerações, a questão emergente que norteou neste estudo foi a seguinte:

- Quais são os impactos associados à adopção dos sistemas de informação em enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] com base no modelo processo de enfermagem, para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão?

Para poder responder à pergunta de partida formulada, o objectivo geral definido é:

- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os impactos do SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão.

Para se concretizar este objectivo geral, definiram-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar os impactos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem.
- Identificar os impactos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na gestão.
- Identificar os impactos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na profissão.

Este estudo pretende identificar, analisar e sistematizar os contributos do SCD/E e do SAPE [CIPE] para o sector de enfermagem, partindo do pressuposto que conhecendo-se os seus efeitos se poderá intervir na melhoria e no desenvolvimento de novos programas para a área de enfermagem, independentemente deste estudo não pretender efectuar generalizações.

O estudo estrutura-se em seis partes. A primeira parte é dedicada à revisão da literatura que serve de referencial ao trabalho proposto. A segunda parte corresponde ao delineamento da metodologia adoptada, procedendo-se à descrição pormenorizada da condução do estudo empírico. A terceira parte apresenta e analisa os resultados apurados no estudo através de tratamento quantitativo e qualitativo. A quarta parte procede à discussão dos resultados à luz das fontes teóricas referenciadas na primeira parte. A quinta parte sistematiza as principais conclusões do estudo, focando sobretudo os contributos dos sistemas SCD/E e SAPE [CIPE] para a enfermagem e comparando-os com os resultados apurados em outros estudos realizados sobre o assunto. A sexta, e última parte, corresponde às recomendações e ao delineamento de linhas directrizes para um plano de acção.

CAPÍTULO I
REVISÃO DA LITERATURA

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. Síntese Histórica da Evolução da Enfermagem

A enfermagem foi evoluindo progressivamente ao longo dos tempos. De uma força de trabalho não treinada, avançou para uma fase de estudo e desenvolvimento de teorias de enfermagem. Esse desenvolvimento continuado permitiu aos enfermeiros utilizar na prática modelos conceptuais que os ajudam a conduzir as suas acções.

As mudanças operadas no decorrer do tempo, trouxeram alterações significativas a nível da concepção dos cuidados de enfermagem.

Os próprios conceitos de enfermagem têm vindo a mudar e a desenvolver-se dado que, até há pouco tempo, os cuidados de enfermagem, influenciados pelo modelo biomédico, se centravam na doença. A ruptura com esta longa tradição é o resultado de um acontecimento importante: o surgimento das teorias de enfermagem. Esta revolução intelectual no sector da enfermagem constituiu uma viragem na forma de pensar e conceber a disciplina. O interesse é pelo ser humano e não pela doença.

Ao retomar os aspectos sócio-históricos, constata-se que a enfermagem ao longo do tempo foi exercida empiricamente pelas mulheres, sacerdotes, feiticeiros e religiosos. Neste sentido, o nascimento da actividade dos cuidados humanos remete-nos para o mundo mágico-religioso. Os cuidados ao doente estavam, assim, ligados a um fazer inato. Esta visão permaneceu durante séculos, não permitindo o progresso da enfermagem como ciência.

Por sua vez o cristianismo institucionaliza o cuidar os doentes como um acto de caridade, de humildade, de salvação da alma mediante as “boas obras”. Como consequência desta orientação cristã, o conceito de ciência de enfermagem vê-se comprometido por estas directrizes. A concepção de humildade e de amor ao próximo prevalece. A transmissão e elaboração dos conhecimentos relativos ao saber e ao fazer são feitas através de um sistema de transmissão oral.

A estrita vinculação da enfermagem ao cristianismo contribui para uma elevada

reprodução no interior da profissão dos valores cristãos. É evidente o seu legado na profissão, ao nível da representação social do enfermeiro, “*enfermeira-dama de caridade*” detentora das seguintes características: dócil, carinhosa, paciente, bondosa, “*a mulher santa*” (COLLIÈRE, 1989).

O declínio do poder da Igreja favorece a decadência da enfermagem, porquanto as suas actividades começaram a ser exercidas por pessoas de baixo nível moral e sócio-económico. Conforme escrito em vários artigos sobre o tema, a imagem da enfermeira desse tempo era a de bêbada, a de mulher da má vida. “*Os livros de registo da maior parte dos hospitais ingleses da época dão-nos conta da impressionante frequência de casos de enfermeiras que eram demitidas por alcoolismo, insolência, falta de disciplina, absentismo (...)*” (GRAÇA, 2000:3).

A derrocada do mundo feudal e a emergência do capitalismo abre a via à mudança. Uma sociedade estática não incita às inovações tecnológicas. O declínio do regime feudal favorece a inovação em todos os sectores.

Para se desenvolver, a ciência tem que se desembaraçar do peso dos Antigos, opor-se às tradições. Depressa encontrou incentivos para seguir nessa direcção, pois a partir do século XVII os seus sucessos são manifestos.

O desenvolvimento da ciência influencia a evolução da medicina. As descobertas ocorridas na física e na química, nos finais do século XIX e princípios do século XX, abrem novas possibilidades à medicina, que passa a dispor de tecnologias mais complexas para diagnosticar e tratar a doença.

O desenvolvimento do paradigma científico leva a que o conceito de doença se modifique. Por outro lado, o estudo da etiologia das doenças contribui para essa mudança. Se, até então, a doença é vista como um desequilíbrio do corpo humano ou como resultado de factores sobrenaturais, a partir desse momento passa-se a separar o doente da sua doença para a esse nível identificar o normal e o patológico a fim de reparar. O corpo é uma máquina que deve ser examinada e tratada, sem dar atenção ao sentimento, às emoções e percepções do problema que o doente possa ter. A função do

médico é a de, por um lado, aumentar a resistência natural do organismo e, por outro lado, reparar o órgão doente. A isto se chama o Modelo Intervencionista Biomédico. Esta abordagem ainda prevalece na saúde.

É neste cenário que o hospital surge como um local terapêutico, fecundo de experiências, um lugar privilegiado para a aprendizagem e para o ensino. A incorporação de tecnologias redonda em novas práticas e na aquisição de novos saberes. A prática médica detentora desses padrões de saberes passa a ser responsável pelo tratamento do doente e impõe-se como elemento dominante do espaço hospitalar.

No campo da enfermagem, é o conhecimento científico, representado pelo saber do médico, que vai dominar as práticas de cuidados. COLLIÈRE (1989).

A nova concepção de enfermagem, uma enfermagem mais profissionalizante e não como vocação religiosa, nasce com NIGHTINGALE na guerra da Criméia. NIGHTINGALE defende uma enfermagem centrada no doente e na higiene do meio.

No final da guerra, regressou a Inglaterra fundando uma escola de enfermagem no Hospital S. Tomás. O seu papel é notório no desenvolvimento científico da enfermagem ao defender a necessidade de formação para o exercício da profissão. Estrutura um ensino sustentado nos pilares da disciplina e do treino. Defende a delimitação do saber e da actuação da enfermagem.

As candidatas eram seleccionadas segundo o seu padrão sócio-económico. As jovens de boa posição social as *lady-nurses*, eram preparadas para assumirem as competências de gestão (administração e supervisão) e de docência. As jovens provenientes de um estrato social mais baixo, as *nurses*, eram treinadas no cuidado directo ao doente.

Este modelo, compatível com o cenário político da época, influencia a organização do trabalho através da implementação da divisão do trabalho e da parcialização das tarefas, cujo resultado se traduz numa maior separação entre a concepção e a execução do trabalho.

O modelo *nightingaleano* institui, assim, na enfermagem, a hierarquização do trabalho. Os que pensam dirigem o trabalho manual, mas não se ocupam dele. É evidente o divórcio entre a actividade prática e a actividade teórica, o que contribuiu para a relação de dominação/ subordinação entre os dois grupos de trabalhadores. Contudo, é de salientar que NIGHTINGALE, embora defendesse que a enfermeira devia colaborar com o médico, advogava as funções autónomas de enfermagem para as quais entendia que deveria ser formada.

Nas “*Notes on Nursing*”, NIGHTINGALE equaciona os cuidados e procura introduzir aspectos do cuidar que vão para além do tratar a doença. Esse ponto de vista tem como pressuposto que a prática de cuidados tem várias componentes como a emoção e a relação interpessoal. No entanto, segundo COLLIÈRE (2001:186), a tentativa de NIGHTINGALE é amputada pelo movimento de profissionalização iniciado no final do século XIX, que ignora a natureza dos cuidados de enfermagem. “*Sem o atractivo dos “cuidados técnicos”, estes cuidados ditos de “higiene” foram relegados como tarefas desprovidas de qualquer finalidade terapêutica (...).*”

Esses comportamentos podem ser compreendidos à luz do ensino ministrado na altura nas escolas de enfermagem. Toda a formação dos enfermeiros estava sob a responsabilidade dos médicos e só mais tarde é que passaram a ser da responsabilidade das enfermeiras. Contudo, o currículo escolar seguia o modelo clínico, ligado às práticas curativas. Parafraseando COLLIÈRE (1989:85): “*São os médicos que vão dar o conteúdo profissional da prática dos cuidados, ao ensinar às enfermeiras “tudo o que esperam delas”. Desde o início da formação (...) o ensino é confiado (...) aos doutores em medicina (...).*” O saber médico é que orienta a acção do enfermeiro. “*Só os conhecimentos traduzidos pelo médico podem entrar nas escolas, e isto com vista a poder ajudar as enfermeiras na sua tarefa. Estes conhecimentos serão de facto, a única fonte de explicação possível do processo saúde-doença*” (ibidem:90).

O conhecimento e os saberes destes agentes da saúde encontram-se dependentes das hierarquias de informação legítimas, ou seja, da classe médica.

MEYEROFF (1990), mencionada por WALDOW (1995), reconhece este

período como a fase da enfermagem funcional, caracterizada por um aumento da eficiência no desempenho de tarefas e procedimentos sem ênfase no porquê.

Dir-se-á que os conhecimentos se encontravam mais direccionados para garantir as funções de enfermagem como auxiliar do médico do que proporcionar a reflexão e a captação dos significados dos problemas nas suas manifestações. Encontravam-se por completo desapropriados de legitimidade e de autonomia, dado que o conhecimento é o meio/ferramenta para a obtenção da autonomia profissional.

Esta forma de aprendizagem repercute-se no exercício profissional, na medida em que o enfermeiro, não tendo na sua formação um corpo de conhecimentos próprios, assegurava as actividades secundárias que não eram, e ainda hoje não são, reconhecidas nem profissional nem socialmente. Conforme expresso por COLLIÈRE (1989:92-93):

“...assegura, sem outra forma de valorização social, um conjunto de actividades humildes, exigidas pelos cuidados do corpo doente: ocupar-se de o fazer comer, da higiene, da eliminação, da roupa, enquanto o médico passa, decide, controla, ordena. (...) o trabalho de enfermagem garante a resposta quotidiana às necessidades vitais dos doentes (...) e nem assim fazem reconhecer o carácter fundamental destes cuidados nem a sua absoluta necessidade.”

Até à década de 70, os cuidados de enfermagem foram orientados para a doença e não para o doente. Isso traduz-se na preponderância dos cuidados de reparação, por constituírem o único domínio que requer saber científico.

Os cuidados ligados às necessidades humanas básicas, como comer, beber, mover-se, vestir-se, entre outros, têm, assim, uma cotação muito baixa na escala económica, não sendo, por isso, valorizados socialmente.

Para uma parte significativa do público, estas actividades mais “domésticas” da enfermagem, incluídas no grupo das actividades de vida diária (dar de comer, dar banho, ajudar a ir à casa de banho, ajudar a locomover-se, posicionar o doentes, entre

outras), são simples, ou mesmos banais. Na realidade, chegam mesmo a questionar-se se tais “tarefas” necessitam de pessoas com formação para as desempenhar.

Mas como sublinha BENNER (2001) mencionada por BURESH e GORDON (2004:52): *“Mesmo o trabalho de enfermagem aparentemente inactivo, como “estar com o doente” e maximizar a participação do doente na sua recuperação, requer competência, conhecimento e acção.”*

Ao lado da corrente biomédica centrada nos órgãos doentes e não na pessoa, e da cultura de submissão, um grupo de teóricas de enfermagem, preocupadas com o lugar da enfermagem no mundo das ciências, dedicaram-se a desenvolver um corpo de conhecimentos que pudesse ser identificado como Ciência da Enfermagem e que, sobretudo, viabilizasse o reconhecimento externo da profissão como um ramo do saber. Deste modo, vários modelos conceptuais e teorias de enfermagem foram desenvolvidos por estas teóricas.

1.2. Modelos Conceptuais de Enfermagem

Até à década de 60-70 o trabalho de enfermagem estava fundado na obediência e as práticas profissionais estavam orientadas para o tratar.

O paradigma dominante era o cartesiano, isento de valores humanos, defendendo uma visão fragmentada da pessoa.

O trabalho das teóricas tem, assim, dupla importância na mudança de visão do conceito de pessoa doente e na construção de um corpo de conhecimentos próprios para a enfermagem.

São elas quem vão introduzir os novos conceitos e teorias de enfermagem. Sobre estas bases sólidas é, pois, possível analisar as respostas do doente à doença.

A reflexão destas teóricas sobre a disciplina dominará o pensamento da enfermagem até aos dias de hoje. As suas teorias tornaram-se obras de referência para

qualquer enfermeiro no exercício da sua profissão.

Nos estudos que realizaram, as autoras focam que os cuidados de enfermagem são prescritos para satisfazer as necessidades biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais dos doentes. Sublinham que a necessidade de ter referenciais teóricos que guiem as práticas de enfermagem é fundamental para o reconhecimento e autonomia da profissão. Não os ter significa uma viagem sem destino, sem saber onde se quer chegar e quais os fenómenos de enfermagem que se quer atender.

A enfermagem deve basear-se em conhecimentos científicos e não fundamentar as suas acções nas rotinas e normas aprendidas de forma empírica.

Com o passar do tempo, os conceitos de enfermagem modificam-se com base nestas teorias. Vários modelos foram construídos: Modelo de Adaptação de ROY, Modelo de Actividades de Vida Diária de ROOPER, Teoria das Necessidades Humanas Básicas de HORTA, Teoria dos Sistemas de NEWMAN, Modelo da Conservação de LEVINE e a Estrutura do Autocuidado de OREM, entre outros.

PEARSON e VAUGHAN (1992), na sua obra “Modelos para o Exercício de Enfermagem”, apresentaram uma síntese dos vários modelos surgidos:

- Modelo de Enfermagem de Actividade de Vida Diária de ROOPER, surgido nos anos 80. Tinha por objectivos promover a máxima independência do indivíduo nas actividades de vida ou ajudá-lo a enfrentar a sua dependência.
- Estrutura do Autocuidado, de OREM, também dos anos 80, defende que todas as pessoas têm necessidade de autocuidado e direito a exercê-lo, excepto quando incapacitadas para o fazer. Corresponde ao direito e responsabilidade de cuidar de si próprio com o fim de promover a saúde e o bem-estar. O papel do enfermeiro é ajudar o indivíduo a reduzir o défice do auto-cuidado.
- Modelo de Adaptação, preconizado por ROY nos anos 70. O foco é a pessoa, podendo estender-se à família, comunidade e sociedade. O papel do enfermeiro é ajudar o indivíduo a adaptar-se. Para isso deve,

num primeiro momento, identificar se a pessoa está adaptada ou não e, num segundo momento, identificar a causa do comportamento e dos estímulos que o determinaram.

■ Teoria dos Sistemas de NEUMAN. Publicado nos anos 80, tem por pressuposto que a pessoa é um sistema aberto em interacção com o ambiente. Baseia-se em duas componentes: o stress e a reacção do indivíduo ao stress. O papel do enfermeiro é manter a estabilidade sistema-pessoa através da prevenção primária, secundária e terciária. Deve, com o doente, identificar os principais agentes stressantes que o afecta e a sua reacção aos mesmos (factores fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais).

■ Teoria das Necessidades Humanas Básicas de HORTA, publicada em 1970. Horta baseou a sua teoria na Teoria da Motivação de MASLOW e na Teoria de MOHANA sobre a Hierarquia das Necessidades. O objectivo desta teoria é assistir ao ser humano na satisfação das suas necessidades humanas básicas, a fim de o tornar independente dos cuidados de enfermagem. As necessidades afectadas devem de ser classificadas segundo as suas prioridades, sendo determinadas pelo enfermeiro o grau de dependência e a complexidade da necessidade afectada no indivíduo.

Estes modelos apoiam-se essencialmente nas teorias oriundas das ciências sociais e humanas: antropologia, psicologia, sociologia. Importa realçar que, apesar de cada modelo estar mais ligado a esta ou aquela teoria, a orientação predominante é a perspectiva holística (PEARSON e VAUGHAN, 1992). A pessoa passa a ser entendida como um todo formado por partes que interagem. Daí ter nascido a expressão “*ser bio-psico-socio-culturo-espiritual*”.

Para cuidar do indivíduo como um ser somativo na sua integralidade, foi elaborado um método de trabalho que nortearse o assistir em enfermagem. A operacionalização desse método concretizou-se no Processo de Enfermagem.

O Processo de Enfermagem consiste num instrumento metodológico que

permite ao enfermeiro identificar problemas e, com base no julgamento de enfermagem sobre esses mesmos problemas (diagnóstico de enfermagem), planejar acções e intervenções para resolver essas situações. Ajuda o enfermeiro a determinar o que deve ser feito, porque deve ser feito, por quem deve ser feito, como deve ser feito e que resultados são esperados com a execução da acção/intervenção de enfermagem (PEARSON e VAUGHAN, 1992; GEORGE, J., 2000).

Para LEFEVRE (2005), o processo de enfermagem é um instrumento baseado num modelo teórico que estabelece as directrizes de actuação de enfermagem. É um processo de resolução de problemas baseado no método científico.

Para COLLIÈRE (1989:152), as consequências práticas da aplicação do processo de enfermagem, para a prática são: *“O trabalho de enfermagem muda de natureza, encontra um meio para se interrogar, questionar, reflectir, criar (...)”*.

O Processo de enfermagem vai ajudar o enfermeiro a sistematizar e precisar o seu pensamento ao recorrer a um conjunto de conceitos operacionais que o auxiliam a planejar e a prestar cuidados mais adequados à pessoa doente e a afirmar o carácter autónomo do seu exercício junto do doente.

1.3. Processo de Enfermagem

Segundo HORTA (1979), foi Hall, em 1955, quem definiu o cuidar em enfermagem como um processo e Orlando, no início da década de 1960, uma das primeiras autoras a usar a expressão “Processo de Enfermagem”.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN, 1996), o processo de enfermagem integra, na sua estrutura, intervenções de enfermagem (o que os enfermeiros fazem), que tem por base o julgamento sobre fenómenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem) para alcançar os resultados esperados (resultados de enfermagem).

O processo de enfermagem assume importância para a prática de enfermagem essencialmente por proporcionar uma acção organizada e sistematizada, e por

possibilitar o registo das actividades de enfermagem. Está direccionado para o indivíduo oferecendo um atendimento global e não fragmentado. Para além de proporcionar um trabalho organizado, isto é, metódico, também serve de prova de que o doente foi cuidado pelo enfermeiro. É um instrumento importante para o desenvolvimento da autoridade, responsabilidade e autonomia do enfermeiro.

MENEZES e BASTOS (2003:274), no estudo que realizaram acerca dos “Valores e as crenças do enfermeiro sobre a adopção do processo de enfermagem no cuidar”, concluíram que a maioria dos inquiridos percepcionou o processo de enfermagem um instrumento de trabalho valioso porque além de possibilitar um trabalho metódico, proporciona um trabalho orientado para o doente:

“Faz com que esse atendimento seja mais voltado para os propósitos e necessidades do paciente e não somente para o aspecto patológico ... pois os fenómenos que preocupam a enfermagem são os padrões de resposta humana, e não os processos de doença com os seus sinais e sintomas”.

Segundo HENDERSON (2004:114), a enfermagem tem por função *“ajudar a pessoa doente no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio, se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários.”*

Para esta teórica, o indivíduo tem catorze necessidades fundamentais:

- | | |
|---|---|
| ■ Respirar | ■ Dormir e repousar |
| ■ Beber e Comer | ■ Vestir-se e despir-se |
| ■ Movimentar-se | ■ Manter a temperatura corporal nos limites normais |
| ■ Estar limpo e cuidado | ■ Evitar os perigos |
| ■ Comunicar com os outros | ■ Aprender |
| ■ Praticar a sua religião ou agir segundo as suas crenças | ■ Divertir-se |
| ■ Ocupar-se | ■ Eliminar |

Estas necessidades são básicas para todos os indivíduos, porém, podem ocorrer alterações que variam de pessoa para pessoa segundo a forma como são afectadas por acontecimentos decorrentes do processo de vida.

A necessidade que a pessoa doente não pode satisfazer sozinha é da área de intervenção do enfermeiro. O enfermeiro vai centrar a sua atenção na ajuda ao doente na recuperação da sua independência. Para ADAM (1994:80), tudo o que pode interferir na independência do doente no que respeita à satisfação das suas necessidades, interessa à enfermagem. Escreve: *“Os problemas do doente de que a enfermagem pode e deve ocupar-se são os de dependência reais ou potenciais na satisfação das necessidades daquele...”*

A Ordem dos Enfermeiros (2001:8), defende os mesmos propósitos, quando define cuidados de enfermagem:

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa. (...) Procura-se (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices (...) frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (...).”

Para BENNER (2001), referida por BURESH e GORDON (2004), é no assistir ao indivíduo no desempenho das actividades de vida, que devido à sua situação de doença não consegue realizar sozinho, que a enfermeira é soberana.

A essência da enfermagem é o cuidado integral ao ser humano, sendo o núcleo de acção as necessidades humanas básicas e a relação entre o cuidado e o cuidador.

O enfermeiro, para identificar se o indivíduo satisfaz ou não independentemente as necessidades fundamentais, precisa de recolher informação. O processo de enfermagem, constituído por várias etapas, revela-se um instrumento auxiliar importante na consecução dessa tarefa.

De acordo com o regulamentado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), no artigo 5.º está descrito que o enfermeiro utiliza uma metodologia científica (processo de enfermagem), que inclui:

- Identificação dos problemas de saúde do doente/família (...).
- Recolha e apreciação dos dados (...).
- Formulação do diagnóstico de enfermagem.
- Elaboração e realização do plano de cuidados.
- Execução do plano.
- Avaliação dos cuidados e reformulação das intervenções.

A primeira etapa do processo de enfermagem compreende o histórico de enfermagem, que consiste na recolha de dados ao doente indivíduo/família, com o objectivo de identificar as suas necessidades efectivas ou potenciais para a elaboração dos diagnósticos, *“Conhecimento dos hábitos individuais e biopsicossociais, visando a adaptação do paciente à unidade e ao tratamento, assim como a identificação de problemas através do exame físico e da entrevista”* (LORENCETTE e BOHOMOL, 2005:140). Importa realçar que o histórico de enfermagem, é um instrumento elaborado pelos enfermeiros, com base no quadro de referência adoptado pela instituição ou pelo serviço.

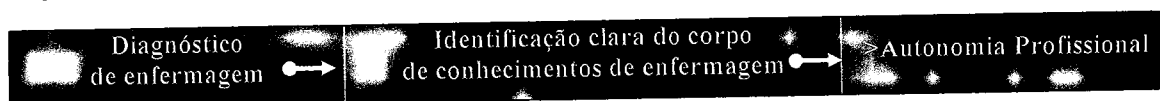
O enfermeiro após ter procedido à recolha da informação, analisa-a procurando identificar qual a causa que leva o indivíduo a não satisfazer independentemente aquela necessidade e formula o diagnóstico de enfermagem.

A segunda etapa nuclear do processo de enfermagem é o diagnóstico de enfermagem, que irá orientar as acções e intervenções a adoptar. Parafraseando LORENCETTE e BOHOMOL (2005:140), o profissional de enfermagem, após ter analisado os dados colhidos no histórico, *“...identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas e o grau de dependência, e fará um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais, elaborando a partir dessas variáveis o diagnóstico de enfermagem”*.

Para CARPENITO (2002), o diagnóstico é útil aos enfermeiros na medida em que os ajuda a concentrar mais nos fenómenos de enfermagem do que nos da medicina. Está direccionado para as respostas humanas, área de actuação da enfermagem. Deste modo, clarifica a função do enfermeiro ao determinar o seu campo de exercício.

A autora estabelece a relação entre diagnóstico de enfermagem e autonomia profissional, como representado na Figura 1.

Figura 1 – Relação Diagnóstico de Enfermagem / Autonomia Profissional



Fonte: CARPENITO (2002:28).

Como refere LUCAS (2004:97):

“O diagnóstico de enfermagem pode ser definido como a: determinação da natureza e extensão dos problemas de enfermagem apresentadas pelos clientes ou família, que recebem cuidados de enfermagem.”

De acordo com GRONDIN, *et al.* (1992:1), *“A enfermeira procede à colheita de dados, à sua análise e em seguida tenta formular o diagnóstico de enfermagem enunciando o problema e identificando a causa a fim de conseguir, através dos cuidados que presta, prevenir o seu aparecimento, eliminá-lo ou diminuí-lo”*.

Por conseguintes, para estas autoras, o diagnóstico de enfermagem é constituído por duas partes essenciais:

- O problema do doente.
- O factor que constitui a causa.

O enfermeiro vai agir precisamente sobre a etiologia, isto é, vai delinear um conjunto de acções que permitam: eliminar a causa do problema; diminuir os efeitos dessa causa ou prevenir o aparecimento da causa e, consequentemente, do problema.

No passado os enfermeiros usavam os diagnósticos médicos para descrever os problemas de enfermagem, mas a questão que se coloca agora é: porquê os diagnósticos de enfermagem? (CARPENITO, 2002).

Antes de se avançar com a resposta, é interessante voltar um pouco atrás na história e mostrar que o tema diagnóstico de enfermagem não é tão recente como aparenta.

O termo diagnóstico foi introduzido em 1953 por FRY, mas, no entanto, só durante os anos 70 é que a sua importância aumentou em termos de prática.

A razão subjacente a este súbito interesse por parte dos enfermeiros pelos diagnósticos de enfermagem prende-se com a necessidade de um sistema de classificação para descrever a prática de enfermagem.

Em 1973, na Conferência Nacional de Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, um grupo de enfermeiros reuniu-se com o objectivo de desenvolver uma taxonomia dos diagnósticos de enfermagem. A cada dois anos o grupo reunia-se e, em 1982, ampliou-se para formar a NANDA – Associação Norte-Americana para os Diagnósticos de Enfermagem.

De 73 a 84, os diagnósticos de enfermagem aprovados pela NANDA, foram desenvolvidos por grupos de enfermeiros convidados a participar nas conferências internacionais. Participaram enfermeiros da prática e da docência, que tinham por função identificar e descrever problemas de saúde que a enfermagem trata. Entre 1980 e 1990, as pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem aumentam exponencialmente. Em 1990, na nona Conferência da NANDA, foram aprovados os diagnósticos de enfermagem da NANDA. (COENEN e WAKE, 1989).

A necessidade de uma linguagem comum para a medicina foi identificada há mais de 200 anos, os enfermeiros sentiram essa necessidade, a partir dos anos 90. O grupo percebeu que só através de uma concepção muito clara da sua função, poderia obter o reconhecimento dos governantes e do público em geral.

A classificação dos diagnósticos de enfermagem revela-se importante para definir os cuidados, para definir o domínio específico dos cuidados de enfermagem, para “*diferenciar estes dos cuidados médicos*” (CARPENITO, 2002:8) e para a informatização.

Como refere ADAM (1992:73), “*A utilização da informática é cada vez mais corrente no campo da saúde...Pretender informatizar as várias etapas [processo de enfermagem] seguidas, tendo em vista a planificação e a prestação de cuidados, pressupõe que tais cuidados sejam claramente conceptualizados*”. Referência importante para a compreensão da importância do sistema SAPE com base na linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para a enfermagem.

A informatização do plano de cuidados e do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem; intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem, componentes do sistema aplicativo SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), vão servir de apoio à prática de enfermagem, como descrito mais à frente no trabalho.

Segue-se a fase seguinte, a fase do planeamento, que consiste na especificação e organização das acções de enfermagem dirigidos ao doente/ família.

O plano de cuidados é o repositório principal dos dados relativos ao processo de tomada de decisão. Inclui quatro campos de informação importantes:

- Diagnósticos de enfermagem.
- Objectivos/ Resultados esperados.
- Intervenções/Acções de Enfermagem planeadas.
- Avaliação.

O plano de cuidados é importante na organização dos cuidados porque:

- Promove a comunicação entre os enfermeiros e entre estes e o doente.

- Proporciona informação específica sobre um determinado doente.
- Direcção dos cuidados a realizar.
- Proporciona o registo das actividades realizadas.
- Proporciona a avaliação do trabalho.
- Promove a responsabilização e a autonomia profissional (evidencia os actores responsáveis pela execução das diferentes actividades).

Um dos grandes contributos para a enfermagem resultantes da elaboração de planos de cuidados “tipo”, é a criação de espaços de discussão, dado que a sua formulação requer a discussão prévia entre os elementos da equipa sobre “o que fazemos” e “o que podemos fazer”, o que é muito útil porque permite não apenas chegar a um consenso sobre os cuidados a prestar, mas também identificar diferenças na forma como os cuidados são prestados, o que conduz à uniformização dos cuidados e à sua continuidade (SALE, 1998).

SALE (1998:80) menciona a este respeito: *“Falar da prática vai exactamente permitir a partilha de experiências e competências, o que por si só, já permite melhorar a qualidade dos cuidados...”*

O plano possibilita, ainda, “negociar” cuidados com os doentes, fazendo-os partilhar dos seus próprios cuidados, o que *“...significa que há um conjunto de cuidados para os quais [o plano] é escrito tendo em consideração as necessidades do doente/utente e dos seus familiares...”* (ibidem:63). O plano proporciona um cuidar fundamentado, uma vez que deve ser baseado no conhecimento científico e não no conhecimento empírico que não dá provas de sustentação suficiente.

Além de que a elaboração de planos de cuidado, de normas ou de protocolos de actuação, implica que o grupo de profissionais se tenha reunido para chegar a acordo sobre os conteúdos a desenvolver, tendo em consideração resultados de investigação e não apenas a experiência prática.

A elaboração deste tipo de documentos oferece aos profissionais a oportunidade de reverem a sua prática, de efectuarem uma análise retrospectiva e em grupo decidirem

o que pode ser ou não melhorado. Oferece-lhes a oportunidade de implementar mudanças, e dessa forma elevar a qualidade dos cuidados prestados (SALE, 1998).

Segundo o grupo de enfermeiros coordenadores responsáveis pela elaboração do “Quadro de Referência de Enfermagem do Instituto da Droga e Toxicodependência” (2005:9): “...a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.”

O plano de cuidados padronizado ou plano tipo, consistindo num conjunto de procedimentos elaborados pela equipa, consensualmente, proporciona a uniformização da prática, a comparabilidade entre pares e entre serviços, a troca de conhecimentos para nivelação dos cuidados e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, o plano de cuidados exige um sistema de registos que contribui para dar visibilidade ao trabalho que os enfermeiros fazem, para além de garantir a continuidade dos cuidados. Esta opinião é partilhada por SALE (1998:55), quando afirma que a realização do plano de cuidados é importante para os enfermeiros, porquanto lhes permite descrever numa terminologia comum os cuidados que prestam ao doente e, dessa forma, dar visibilidade ao seu trabalho. Escreve: “*Talvez no passado, não tivéssemos sido explícitos sobre aquilo que fazíamos e isso levou a que pessoas com formações diferentes das nossas ficassem com uma noção muito pouco clara sobre quais eram o nosso papel e as nossas responsabilidades.*”

ADAM (1992:71) alerta para a importância da avaliação e actualização deste tipo de planos referindo que, são fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados. Refere a este respeito: “*notas, observações claras e concisas constituirá um meio de comunicação escrita adequado para assegurar a continuidade dos cuidados...*”.

Para SALE (1998:55) existe um factor muito importante para o sucesso destes instrumentos, os enfermeiros prestadores estarem implicados na concepção destas ferramentas de trabalho, (como se verificará em relação aos sistemas de informação,

abordados mais à frente), a este respeito escreveu: “...significa comprometer-se com a necessidade de se olhar para o que se está a fazer e estar-se preparados para tomar as medidas que forem necessárias para mudar as coisas, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes.”

Aborda-se, ainda, os diferentes tipos de planos de cuidados que existem, dada a sua importância para o estudo, como veremos posteriormente no trabalho no sector dedicado aos sistemas de informação.

Adoptando a perspectiva de GRONDIN, *et al.* (1994), existem quatro tipos de planos de cuidados:

- Plano de cuidados “personalizado”.
- Plano organizador.
- Plano de cuidados “tipo”.
- Plano de cuidados gerais.

O plano de cuidados “personalizado”, “*fornece ao enfermeiro um plano de acção específico a um problema e a uma causa determinada e permite adaptá-lo às necessidades específicas do doente*” (GRONDIN, *et al.*, 1994:11-12).

O plano organizador é um plano global de cuidados, elaborado a partir de um problema de saúde específico, por exemplo, a meningite. Este plano engloba:

- Problemas de enfermagem associados.
- Diagnósticos médicos e/ou situações relacionadas.
- Principais diagnósticos de enfermagem, mas sem o desenvolvimento das intervenções.

O plano de cuidados “tipo” também é elaborado previamente. A partir de problemas de saúde gerais, o plano permite planear os cuidados que são necessários em todas as situações semelhantes. É composto por:

- Principais diagnósticos de enfermagem que possam estar relacionados a esse problema de saúde.
- Objectivos a atingirem em função do doente.
- Principais intervenções autónomas de enfermagem, adequadas aos diagnósticos levantados.

No nosso país os planos de cuidados adoptados são: plano de cuidados “personalizado” e com a implementação dos sistemas de informação o plano “tipo” como referido no trabalho no sub capítulo dedicado aos sistemas de informação.

A utilização deste tipo de planos de cuidados poderá ser muito útil ao enfermeiro prestador de cuidados, dado que lhe reduz o tempo a elaborar planos de cuidados para situações comuns.

Existem várias organizações internacionais que elaboram padrões de actuação de enfermagem, tais como:

- *American Nurses Association (ANA)* e a *Canadian Nurses Association*.
- *Emergency Nurses Association* e a *Critical Nurses Association*, responsáveis pela elaboração de padrões de prática especializada.
- *Joint Commission of Accreditation Healthcare Organizations*.

No entanto, a utilização deste tipo de planos levantou alguma celeuma entre o grupo de enfermeiros. A percepção de alguns enfermeiros relativamente a este tipo de instrumento é que não contempla as especificidades do doente. Há mesmo quem afirme que a existência deste tipo de planos torna o doente um objecto ao dispor das tecnologias de ponta que trazem um cuidar integrado, mas que na prática oferecem um cuidar distanciado do seu verdadeiro propósito: o ser humano.

Outros autores também manifestaram a sua preocupação relativamente a este tipo de instrumento, entre as quais se destaca BENNER (2001) e COLLIÈRE (2003).

BENNER, alerta o enfermeiro a ter algum cuidado na utilização destes planos de

cuidados, esclarecendo que muitas vezes este tipo de ferramentas não conseguem demonstrar os aspectos relacionais, nem apreender alguns dos aspectos relativos à natureza dos cuidados de enfermagem, porquanto não relevam o contexto, as intenções e as interpretações do agir do enfermeiro.

Por sua vez, COLLIÈRE (2003:125), salienta: *“o recurso a manuais a planos “tipo”, cria um pensamento mecanicista, limitado ao cumprimento de tarefas, instaura um pensamento uniformizado, não promovendo o questionamento que é a base de toda a ciência, de todo o conhecimento”*

As opiniões a este respeito são muito controversas. LEFEVRE (2005), por exemplo, refere que os planos “Tipo” não são mais do que directivas que ajudam o enfermeiro a oferecer determinados cuidados ao doente em situações concretas.

BURESH e GORDON (2005:69), partilhando da mesma opinião, referem que os planos “Tipo” são somente sugestões de acção, o que requer sempre aprendizagem, pesquisa, conhecimentos, informação, porque na *“prática a variedade dos casos e as excepções escapam às descrições do que já existe (...)”*

Para REEVES (2000:30), o risco de um trabalho mecanicista isento de raciocínio, de crítica ou de reflexão é baixo neste tipo de plano de cuidados, porque apesar de *“A padronização conter os cuidados essenciais de enfermagem...possui um espaço em branco para acréscimo do diferencial [especificidades, singularidades do doente] a ser prescrito para cada paciente.”* O próprio estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998:61), no seu artigo 88.º, alínea b), refere que o enfermeiro deve de *“Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”* o que significa que embora, existam planos ou normas de actuação pré-definidas o enfermeiro tem que as adaptar ao indivíduo uma vez que cada pessoa é única.

Os autores lidos maioritariamente concordam que os planos padronizados não são mais do que guias, aplicados em geral a determinadas situações concretas. O enfermeiro é quem deve decidir se o plano de cuidados se aplica ou não ao doente por

quem é responsável. Os autores sublinham que o enfermeiro está consciente de que cada doente é uma pessoa, não um grupo de diagnósticos, intervenções e resultados escolhidos no sistema informático. Acrescentam que não faz sentido o enfermeiro estar a desenvolver planos para doentes com problemas similares. Defendem mesmo que cada instituição de saúde deveria desenvolver os seus próprios padrões de actuação que reflectam a forma como os cuidados de enfermagem devem ser oferecidos em determinadas situações. Os autores são unânimes de que este tipo de planos de cuidados contribuem para a uniformização da prestação cuidados, assim como, na orientação dos enfermeiros que não estão familiarizados com determinados diagnósticos, por exemplo, os enfermeiros na fase de integração.

Os artigos publicados sobre esta temática, focam que existem evidências de que a sua utilização na prática melhorou a prestação de cuidados aos doentes. No entanto, escrevem que para que os planos tipo tenham impacto nos cuidados prestados devem ser formulados pelos enfermeiros prestadores de cuidados bem como, reflectirem uma investigação actualizada e baseada na prática quotidiana.

No entanto, o planeamento dos cuidados nada significa se não culminar na intervenção do enfermeiro. A intervenção refere-se às acções que o enfermeiro executa para ajudar o doente a atingir os objectivos visados.

Para GRONDIN, *et al.* (1992:9), “...as intervenções devem visar a independência do doente no que se refere à satisfação das necessidades fundamentais. A sua realização deverá implicar a participação do doente sempre que possível.”

As intervenções para a enfermagem são o equivalente à prescrição médica. Como descrito por LORENCETTE e BOHOMOL (2005:140): “A prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direcciona e coordena a assistência de enfermagem ao doente de forma individualizada e contínua”.

Devem ser escritas com precisão e clareza e rubricadas pelo enfermeiro que as prescreveu. Na opinião de GRONDIN, *et al.* (1992:10), só dessa forma o enfermeiro consegue “...demonstrar a seriedade das intervenções que vigoram no plano de

cuidados...” Quanto à rubrica pelo enfermeiro que as planeou, acrescenta: *“Responsabiliza-se a pessoa e as intervenções revestem-se de um valor legal.”*

As prescrições de enfermagem iniciadas pelo enfermeiro conferem autonomia profissional, porquanto, *“...assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.”* (Grupo de enfermeiros responsáveis pela elaboração do Quadro de Referência de Enfermagem. Instituto da Droga e da Toxicod dependência, 2005:9 [documento policopiado]).

Por último, o enfermeiro faz a avaliação da efectividade das intervenções. A avaliação, corresponde à última etapa do processo de enfermagem e também consta no plano de cuidados. De acordo com GRONDIN, *et al.* (1992:11), a avaliação consiste em:

- *“Verificar a consecução do objectivo;*
- *explorar as causas da não consecução do objectivo;*
- *verificar a eficácia das intervenções previstas no plano de cuidados.”*

Se verificar que o objectivo não foi atingido deve formular novos objectivos, novas intervenções e estabelecer novas prioridades.

No estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998:61), no artigo 88.º, alínea a), está descrito que o enfermeiro deve de *“Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude...”*. Esta actividade ganha visibilidade com a introdução dos sistemas de informação em enfermagem, como demonstrado mais à frente no trabalho.

Realça-se que a divisão do processo de enfermagem em etapas distintas é artificial, apenas cumprindo uma função meramente didáctica, uma vez que as etapas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

O Decreto-lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, que regula a carreira de

enfermagem, releva a importância do processo de enfermagem no exercício da profissão como guia orientador da boa prática dos cuidados de enfermagem. As várias fases que compõem o processo de enfermagem constituem parte integrante do conteúdo funcional da carreira de enfermagem, assim como da caracterização dos cuidados de enfermagem descrita no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro).

A execução de um trabalho não planeado promove cuidados fragmentados compostos por acções isoladas. MENEZES e BASTOS afirmam que (2003:273):

“A ausência de planeamento pode ocasionar, entre outras (...) reflectindo sobre o cuidado em enfermagem: O ser reduz-se a uma patologia, aos cuidados com a sonda e aos curativos. Fragmenta-se a pessoa em veias a serem perfundidas, a lesões a serem tratadas, a braços e pernas a serem cuidados (...).”

A introdução do processo de enfermagem na prática de enfermagem proporcionou um trabalho metódico, orientado para os problemas do doente. Possibilitou ao enfermeiro organizar toda a informação necessária à identificação das necessidades do doente. Constitui o primeiro grande salto para um trabalho documentado e fundamentado. Neste contexto, pode-se apontar como aspectos positivos do processo de enfermagem:

- Trabalho menos prescritivo.
- Mobilização de competências.
- Maior comunicação entre os enfermeiros.
- Informação objectiva, organizada e sistematizada.
- Autonomia no planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados, por conseguinte, maior poder de intervenção no processo de cuidados.

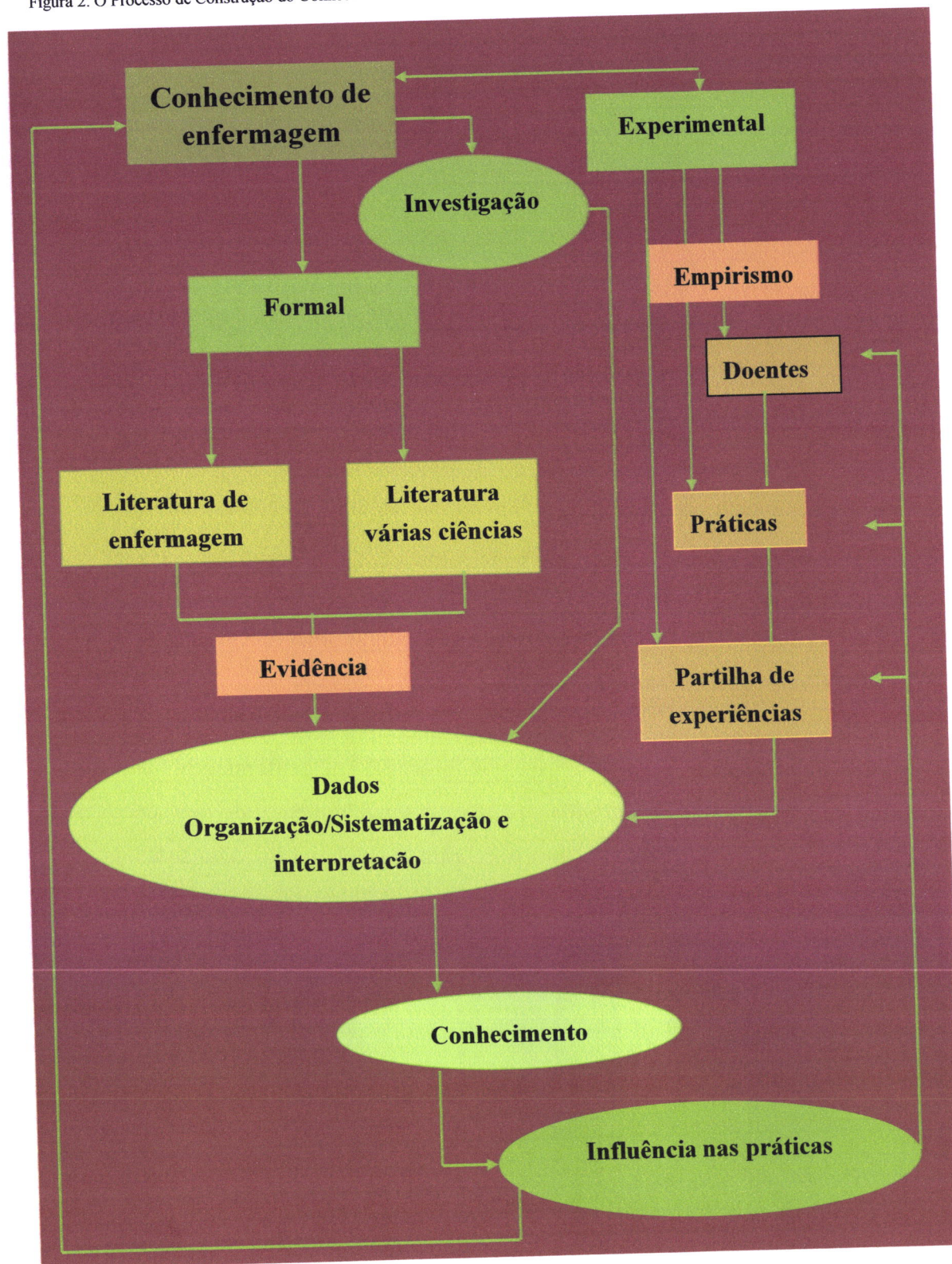
Para o desenvolvimento do exercício profissional o enfermeiro precisa de ter os conhecimentos de enfermagem, tendo em vista a manutenção e o restabelecimento da independência do doente no que respeita à satisfação das suas necessidades fundamentais. Para além dos conhecimentos de enfermagem precisa ainda de ter

conhecimentos de outras ciências, nomeadamente da medicina, da biologia da química, da psicologia, antropologia, sociologia, entre outras. Como refere ADAM (1994:185): *“O exercício da enfermagem, nos domínios prático, de investigação e de formação requer muitos conhecimentos.”*

Posição defendida no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998:54), quando refere no artigo 76.º, alínea a), que o enfermeiro tem o dever de “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos...”, e deve “*Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos...*” (artigo 88.º, alínea c).

O conhecimento é, deste modo, uma componente importante para a concepção de cuidados. Pode-se identificar dois tipos básicos de conhecimento de enfermagem: o conhecimento formal, ou científico, e o conhecimento experimental, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2. O Processo de Construção do Conhecimento



O primeiro tipo de conhecimento de enfermagem baseia-se na literatura de enfermagem, e na literatura das várias ciências: médica, sociológica, psicológica, antropológica, etc. O segundo tipo, o experimental, deriva das práticas, dos doentes, da partilha de experiências, envolvendo processos de reconhecimento das situações actuais

com experiências anteriores. Este segundo tipo é definido por LOUREIRO (2003) como uma actividade de conexão, isto é, o indivíduo procura encontrar relações entre o novo conhecimento e o conhecimento já adquirido. Para além disso, o enfermeiro adquire conhecimento através da partilha de experiências quer com os seus pares quer com outros profissionais.

A prestação de cuidados requer, assim, conhecimento tácito e implícito, capacidade de análise para resolver efectivamente os problemas. Requer pensamento crítico, isto é, capacidades de estabelecer estratégias de acção de modo a decidir. Requer, ainda, competências e adequação técnico-científica.

O conhecimento e a experiência clínica estão consistentemente demonstrados como factores que influenciam a prática. São uma componente essencial para o exercício profissional. Só na base dos conhecimentos é que o enfermeiro pode analisar as situações, formular diagnósticos e tomar decisões sobre as intervenções a planear de forma a resolver o problema do doente.

Face ao exposto, verifica-se que o processo de enfermagem constitui indelevelmente um instrumento basilar para o desenvolvimento de um exercício científico e constituiu um terreno propício para a elaboração dos sistemas de classificação e consequentemente dos sistemas de informatização segundo uma concepção precisa de enfermagem.

No ponto seguinte, dada a sua pertinência para o estudo, descreve-se os vários sistemas de classificação existentes.

1.4. Sistemas de Classificação em Enfermagem

Uma classificação é um sistema onde entidades específicas são agrupadas de acordo com critérios de similaridade. As classificações podem sofrer modificações importantes ao longo do tempo, porque diferentes critérios classificatórios são utilizados

para formular e reformular grupos. Por exemplo, no caso da medicina, a CID (Classificação Internacional das Doenças), um dos mais antigos sistemas de classificação, sofreu diversas alterações ao longo dos seus 100 anos de existência.

No campo da medicina, a primeira tentativa de classificação de termos diagnósticos data de 1862, por GRAUNT. Outros esforços se seguem, de entre os quais se destaca o trabalho de BERTILLON que elabora, em 1886, uma classificação com 161 categorias de diagnósticos, que apresenta em 1893, no Congresso em Chicago. A partir daqui o seu sistema é adoptado pelos diversos países. Essa foi a base da primeira versão da CID – Classificação Internacional de Doenças. Na actualidade já vai na sua décima revisão. (MASSAD, *et al.*, 2003).

No campo da enfermagem, a primeira tentativa de classificação data de 1929, quando WILSON procurou separar os problemas de enfermagem dos problemas médicos, num esforço de isolar os aspectos específicos de enfermagem dos cuidados de saúde em geral. (DONAHUE, 1993).

Uma outra tentativa de classificação foi desenvolvida por FRY em 1953. Identificou cinco áreas de necessidades do doente, as quais considera como domínio de enfermagem e como foco para os diagnósticos de enfermagem. As áreas isoladas foram: necessidade de tratamento e medicação; necessidade de higiene pessoal; necessidade ambiental; necessidade de ensino e orientação; necessidade humana ou pessoal. (DONAHUE, 1993).

Segundo NÓBREGA (2000), a primeira classificação relevante para a enfermagem foi desenvolvida nos Estados Unidos da América em 1960, tendo ficado conhecida por “Os 21 Problemas” de F. ABDELLAH. Seguiu-se a lista das 14 Necessidades Humanas Básicas de HENDERSON e o Modelo de Levantamento de Dados nas 13 Áreas Funcionais de McCAIN. Estes esforços contribuíram decisivamente para a adopção do processo de enfermagem nos Estados Unidos da América em 1970 e, depois, em todo o mundo.

De acordo com a literatura revisitada, existem diversos sistemas de classificação na enfermagem que estão relacionados com algumas das fases do processo de

enfermagem: a Taxonomia da NANDA, iniciada em 1973, baseada na Classificação das Respostas Humanas; a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, desenvolvida pela American Nurses Association – ANA; a Classificação dos Cuidados Domiciliários de Saúde – Home Health Care Classification – HHCC, desenvolvida nos Estados Unidos, por SABA e colaboradores, como parte de um projecto de Cuidados Domiciliários da Universidade de Georgetown; a Classificação de Omaha – Community System, também desenvolvida nos Estados Unidos da América; o sistema da Classificação das Intervenções de Enfermagem, desenvolvido como parte do projecto de Intervenções de Iowa, denominado Nursing Interventions Classification – NIC; o Sistema de Classificação de Resultados do Paciente – Nursing Sensitive Outcomes Classification – NOC, desenvolvido pelo mesmo grupo que desenvolveu a NIC; o sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E), e a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – CIPE. (NÓBREGA e GARCIA, 2004).

Neste trabalho optou-se apenas por desenvolver detalhadamente o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem por constituírem o nosso objecto de estudo.

1.4.1. Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem

Segundo extractos da literatura, desde 1950 foram feitos esforços no sentido de se desenvolver um sistema de classificação de doentes que servisse de base para a determinação das necessidades do pessoal de enfermagem para a prestação de cuidados.

Das muitas fórmulas existentes para o cálculo dos efectivos de enfermagem os gestores de enfermagem concluíram que os mesmos nem sempre permitiam um cálculo ajustado às necessidades dos doentes dada a variabilidade de patologias e as suas necessidades em termos de cuidados, mesmo no próprio serviço. Isso levou-os a adoptar o grau de dependência dos doentes na determinação dos recursos humanos para a prestação dos cuidados de enfermagem.

SANTOS (1994) refere que este tipo de sistema (sistema de classificação de doentes) é considerado um instrumento objectivo, fiável e fácil de ser utilizado, permitindo identificar as necessidades dos doentes, assim como comparar dados entre instituições.

Vários autores, entre os quais se destacam DEIMAN & GAIDZINSKI (1991) e ROMERO, *et al.* (1994), estudaram e aplicaram este sistema em instituições de saúde. Procederam à classificação dos doentes por grupos, avaliando as necessidades dos mesmos em cuidados de enfermagem. Utilizaram como parâmetros a alimentação, a mobilização, a higiene, o nível de consciência, a eliminação, a medicação e procedimentos, a vigilância dos sinais vitais, etc. Aos itens eram atribuídos valores.

REITER, citado por SALE (1998:15), desenvolveu, na década de 50, um sistema baseado na classificação de doentes em três categorias com o objectivo de avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem:

- *“Tipo 1 – Profissional. A enfermeira trabalhava com o doente como na reabilitação.*
- *Tipo 2 – Curativo. A enfermeira “fazia coisas” ao doente, tais como vestir, fazer tratamentos, e outras tarefas específicas.*
- *Tipo 3 – Elementar de cuidados custodiais ou paliativos; isto é, cuidados de enfermagem prestados a um doente comatoso ou inconsciente.”*

Este instrumento permite mensurar o trabalho de enfermagem, monitorizar a produtividade e os custos do serviço de enfermagem.

A implementação deste instrumento em Portugal data de 1984 e o seu surgimento está relacionado com as assimetrias existentes na distribuição de enfermeiros no país. Os enfermeiros queixavam-se da falta de tempo e do número reduzido de profissionais para a realização das actividades de enfermagem. Deste modo, um grupo de enfermeiros concluiu que o tempo gasto na realização das actividades de enfermagem pelos enfermeiros poderia ser melhor equacionado através do desenvolvimento de uma ferramenta que auxiliasse o enfermeiro na prestação de

cuidados. Neste contexto, é criado o sistema de classificação de doentes em enfermagem, como instrumento de apoio à gestão e à prática de enfermagem.

A entidade responsável pela coordenação do projecto de implementação do SCD/E nos hospitais portugueses é o IGIF da Região Sul. O projecto foi aplicado em Janeiro de 1987, em cinco hospitais, designados hospitais “piloto”: Hospital Distrital de Abrantes, Hospital Distrital de Beja, Hospital Distrital de Torres Novas e o Hospital Pulido Valente.

As valências escolhidas para a aplicação do instrumento foram a Medicina e a Cirurgia.

A sua concepção no terreno implicou o envolvimento de todos os enfermeiros das valências onde o mesmo foi introduzido. A construção do instrumento processou-se por várias fases, nomeadamente:

- Fase de concepção do Quadro de Classificação de Doentes e do Manual de normas.
- Fase de experimentação do instrumento no terreno.
- Fase de avaliação do instrumento pelo grupo coordenador.

Na actualidade o método é aplicado em cerca de quarenta hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Segundo a definição dada pelo IGIF o SCD/E (2004:4):

“Consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com a sua dependência de cuidados de enfermagem é essencialmente um instrumento para a gestão de recursos e planeamento dos cuidados. Sendo o enfermeiro prestador de cuidados, o primeiro gestor dos cuidados, com a aplicação do SCD/E tem a possibilidade de definir a dependência em cuidados de enfermagem e a determinação do

tempo necessário para prestar os cuidados totais (cuidados directos + cuidados indirectos) a um doente, num determinado período”.

O sistema baseia-se no modelo *GRASP SYSTEM (Grace Reynolds Application and Study of Peto)*. Esta aplicação foi desenvolvida em ambiente Windows, é suportada por uma base de dados – *Oracle*, que permite a ligação e integração ao Sistema de Informação para a Gestão de Doentes Hospitalares – SONHO, nomeadamente nos módulos de Identificação de Doentes, Internamento e Dose Unitária.

O IGIF pretende, num futuro próximo, com a criação da base de dados a nível nacional, conectar a Classificação em Enfermagem (SCD/E) com a Classificação Médica (GDHS) e determinar custos por GDH.

O SCD/E configura-se de modo a que os doentes internados sejam classificados de acordo com o seu grau de dependência em cuidados directos de enfermagem, através do Quadro de Classificação de Doentes.

A aplicação informática está dividida em 5 áreas de actuação:

- Módulo Recursos Humanos, que engloba as actividades relacionadas com o registo dos dados dos enfermeiros, a sua distribuição pelas Unidades de Internamento, assim como, a distribuição dos doentes pelos enfermeiros.
- Módulo Classificação, que engloba todo o processo de cálculo diário de Horas de cuidados necessárias (HCN) por doente e por unidade de internamento, sendo também aqui registadas diariamente, as horas de cuidados disponíveis e as horas de cuidados prestados pelos enfermeiros das Unidades de Internamento.
- Módulo Auditorias, que estão contempladas as auditorias internas de forma a garantir a fiabilidade da aplicação do SCD/E, medindo a qualidade dos resultados obtidos nas classificações dos doentes realizadas pelos enfermeiros responsáveis.
- Módulos, Relatórios e Gráficos, que fornecem toda a informação que

o SCD/E produz.

- Módulo Gestão do Sistema, que mantém os conteúdos de suporte ao SCD/E conectados informaticamente. Permite fazer a ligação ao IGIF para envio dos dados para a base de dados central.

No acesso à aplicação informática o enfermeiro utilizador terá que seleccionar o SCD/E e depois deverá identificar-se perante o sistema digitando o seu nome e a palavra-chave.

O sistema dispõe de cinco níveis:

■ Nível 5 – Concede acesso ao sistema a todos os enfermeiros utilizadores do SCD/E, responsáveis pelos doentes. Permite aceder às seguintes funções:

■ Classificações

- Classificação do doente

■ Relatórios e Gráficos

- Evolução do doente

■ Nível 4 – Concede o acesso a todos os enfermeiros chefes das Unidades de Internamento, ou os enfermeiros coordenadores na ausência do enfermeiro chefe. Permite aceder às seguintes opções:

■ Gestão de Recursos

- Distribuição de doentes por enfermeiro

■ Classificações

- Resumos diários – inserir e consultar
- Folhas diárias – inserir e consultar

■ Relatórios/Gráficos

- Evolução do doente

- Relatórios do Hospital e Serviços – tem acesso à informação relativa à Unidade de Internamento onde exerce as funções de Enfermeiro Chefe

■ Nível 3 – Concede o acesso a todos os enfermeiros auditores das Unidades de Internamento. Permite aceder às seguintes opções:

- Auditorias

- Auditoria à classificação – inserir e consultar
- Relatórios/Gráficos da Auditoria das Unidades de Internamento

- Relatórios/Gráficos

- Evolução do doente

■ Nível 2 – Concede acesso a todos os enfermeiros supervisores das Unidades de Internamento, ou enfermeiros a quem tenha sido delegada a função de supervisão. Permite aceder às seguintes opções:

- Recursos Humanos

- Gestão de Enfermeiros – só tem acesso à informação relativa às Unidades de Internamento onde exerce as funções de supervisão
- Distribuição dos enfermeiros por Unidade de Internamento – só tem acesso à informação relativa às Unidades de Internamento onde exerce as funções de supervisão

- Relatórios/Gráficos

- Evolução do doente
- Relatórios do Hospital e Serviços – só têm acesso à informação relativa à Unidade de Internamento onde exerce as funções de supervisão.

■ Gráficos do Hospital e Serviços – só têm acesso à informação relativa à Unidade de Internamento onde exerce as funções de Supervisão.

■ Nível 1 – Concede acesso à Direcção de Enfermagem ou a enfermeiros em quem tenham sido delegadas as funções de direcção. Permite aceder a todas as funções

especificadas no nível 2.

Segundo CAROLINO (1994:43), citando BARROS (1990), “...a classificação dos doentes é influenciada pelo conceito de que a enfermagem é assistir o indivíduo doente ou saudável na realização daquelas actividades que ele faria por si próprio se tivesse a força, a vontade e o conhecimento necessário.”

De acordo com o autor, o sistema de classificação de doentes por grau de dependência em cuidados de enfermagem, consiste “Na identificação das principais actividades de cuidados directos de enfermagem e na atribuição de pontos a essas actividades em função do tempo de realização das mesmas.” (ibidem). Cada doente é avaliado individualmente em relação ao grau de dependência em cuidados de enfermagem.

O modelo baseia-se nas actividades de vida, que são: respiração, higiene e conforto, manutenção de um ambiente seguro, sono, comunicação, alimentação, mobilização/locomoção, eliminação, terapêutica, tratamentos, planeamento dos cuidados, avaliação dos cuidados e actividades especiais, as quais representam 85% dos cuidados de enfermagem directos de enfermagem e constituem a base do quadro de classificação.

No quadro de classificação cada uma destas actividades foi decomposta em graus de dependência, aos quais foram atribuídos pontos.

Através da avaliação diária das necessidades dos doentes internados, os profissionais de enfermagem, planeiam as intervenções que assinalam no quadro de classificação. O modelo de actividades serve de apoio aos enfermeiros no planeamento das intervenções.

Daí que toda a construção do sistema assente em manuais e normas de actuação que são guias de orientação, que têm como finalidade uniformizar a linguagem e as práticas ou procedimentos.

Segundo a estrutura do SCD/E, o enfermeiro responsável pela prestação dos cuidados ao doente (enfermeiro classificador) identifica os seus níveis de dependência em cuidados de enfermagem. No Quadro de Classificação de Doentes selecciona o motivo de internamento /valência médica, preenche o cabeçalho (hospital, identificação do doente, nº de processo clínico, identificação da unidade, nº da cama e diagnóstico), coloca a data e rubrica. Depois procede à classificação assinalando com um círculo os níveis de dependência do doente previstos para o período das 24 horas seguintes. Os níveis assinalados devem considerar as necessidades reais e/ou potenciais que devem ser validadas na documentação efectuada. De seguida faz o somatório de todos os níveis das várias actividades e converte os pontos obtidos segundo a tabela de conversão em horas de cuidados necessárias por doente e por dia de internamento para as 24 horas seguintes.

Esta classificação é feita diariamente entre as 13 horas e as 15 horas pelo enfermeiro responsável, também designado por enfermeiro classificador.

Às 15 horas o enfermeiro classificador preenche o impresso referente ao Resumo Diário da Classificação de Doentes, isto é, transcreve para o impresso as horas de cuidados necessários e deixa essa informação na sala de trabalho ou no gabinete do enfermeiro chefe, o qual, por sua vez, soma as horas de todos os doentes do serviço, fazendo assim um cálculo das horas de cuidados necessárias para as próximas 24 horas.

O enfermeiro chefe deve, ainda, preencher o Relatório Diário de Horas de Cuidados de Enfermagem, no qual consta o número de doentes internados no serviço, e as horas necessárias para a prestação de cuidados para as próximas 24 horas. Esta informação é enviada à Direcção de Enfermagem.

É obrigatório o enfermeiro registar diariamente um nível nas seguintes actividades: Higiene e Cuidados Pessoais; Alimentação; Movimentação; Eliminação; Sinais Vitais/outras avaliações e Avaliação e Planeamento de Cuidados.

A avaliação diária das necessidades dos doentes internados em cuidados de enfermagem e dos cuidados efectivamente prestados permite obter o número de horas de cuidados necessários por dia de internamento (HCN/DI) e horas de cuidados

prestados por dia de internamento (HCP/DI).

A relação entre estes dois valores – $(HCN/D / HCP/DI) * 100$ – determina a taxa de utilização dos recursos disponíveis. Com base nestes dados, o enfermeiro director tem uma noção precisa do número de efectivos de enfermagem necessários para a prestação de cuidados. Deste modo pode gerir atempadamente os recursos humanos de enfermagem necessários a cada serviço para suprir as necessidades dos doentes. A Direcção de Enfermagem tem, assim, uma visualização da sobre ou subutilização desses recursos.

Na realidade, um dos principais objectivos do SCD/E é o dimensionamento dos efectivos de enfermagem. O sistema estabelece um referencial de horas de enfermagem necessárias à prestação de cuidados de enfermagem baseado nas necessidades do doente em cuidados de enfermagem, o que permite adequar o número de prestadores de cuidados às necessidades do doente, fundamentado no quadro de classificação de doentes.

O SCD/E oferece ao Enfermeiro Chefe e ao Enfermeiro Director indicadores que lhes permite fazer ajustes na distribuição de recursos humanos de enfermagem sempre que necessário.

Em suma, as etapas do SCD/E são as seguintes:

- Identificação das actividades de enfermagem em cuidados directos e indirectos – o que fazem os enfermeiros.
- Definição dos níveis de dependência.
- Determinação do tempo padrão para a prestação de cuidados directos e indirectos
- Construção de uma tabela de conversão da pontuação obtida, em tempo total de cuidados necessários.

A adopção do sistema requer que os hospitais cumpram determinados requisitos entre os quais se destacam:

- A aplicação de todas as etapas do processo de enfermagem.
- A nível da organização de trabalho: Método Individual de Trabalho ou Método de Enfermeiro de Referência.
- Registos das actividades de enfermagem numa dimensão prospectiva e retrospectiva.
- Registos claros, legíveis e objectivos e devem remeter para protocolos, normas, manuais de actuação se existirem no serviço, a fim de evitar a repetição da informação.
- Existência de manuais organizados sobre técnicas, normas e procedimentos de enfermagem, protocolos, etc.
- Registos afectos ao SCD/E, datados e assinados.
- Modelos que servem de base aos registos afectos ao SCD/E, devendo constar a data de elaboração e de actualização dos mesmos.
- Lista de rubricas dos enfermeiros que permita a sua identificação.

É de realçar que os hospitais utilizadores deste sistema cumprem estas condições, dado que a avaliação realizada pelas auditorias interna e externa incidem sobre estes parâmetros.

Suportes de informação do SCD/E:

- Quadro de Classificação de Doentes.
- Resumo diário de classificação de doentes por unidade de internamento.
- Resumo diário de utilização de horas de cuidados de enfermagem.
- Relatório diário de utilização de pessoal de enfermagem por unidade de internamento.
- Relatório mensal de utilização de pessoal de enfermagem.

O Quadro de Classificação de doentes, direccionado para a Medicina/Cirurgia, por ser o que nos interessa, engloba os seguintes registos das actividades de enfermagem:

Actividades de Vida Diária:

- Higiene e cuidados pessoais – níveis de dependência.
- Alimentação – níveis de dependência.
- Movimentação – níveis de dependência.
- Eliminação – níveis de dependência.

Actividades especiais:

- Área emocional – Apoio emocional.
- Campo de orientação e ensino.

Campo do executar:

- Tratamentos.
- Terapêutica.
- Sinais Vitais/Outras avaliações.

Avaliação e planeamento de cuidados:

- Avaliação e actualização do plano de cuidados.
- Acolhimento e elaboração do plano de cuidados inicial.

Um dos componentes essenciais do SCD/E é o plano de cuidados, que consiste:

“...num documento elaborado pelo enfermeiro, que funciona como guia orientador das suas intervenções. Deve conter: diagnóstico de enfermagem/ descrição do problema; data de início e fim de cada problema; objectivos ou resultados esperados, acções de enfermagem descritas para a resolução do problema e rubrica do enfermeiro” (IGIF, 2004:8).

O QCD e o plano de cuidados, suportes de informação afectos ao SCD/E, são instrumentos fundamentais para a prestação de cuidados, porque permitem ao enfermeiro uma percepção global sobre a situação do doente.

Para além do QCD e do plano de cuidados, outro dos suportes de informação importante do SCD/E é o manual de conceitos básicos, o qual contribui para a uniformização dos cuidados prestados. Segundo BENNER (2001), o manual de procedimento é importante para a prática, porque proporciona ao enfermeiro directivas de actuação, o que permite aclarar dúvidas e evitar erros. Além disso, ajuda a normalizar comportamentos face à grande diversidade de situações com que o enfermeiro é confrontado no dia-a-dia. Este conjunto de informações contido no manual pode contribuir para ajudar o enfermeiro na sua prática.

O sistema é submetido a dois tipos de avaliações: a avaliação interna, realizada por enfermeiro auditor interno, e a avaliação externa efectuada por um enfermeiro auditor externo, nomeado pelo IGIF.

As auditorias são realizadas mensalmente e têm como objectivo o controlo da qualidade dos cuidados prestados. Nunca são feitas menos de 8 auditorias por mês. Das auditorias a realizar 25% são prospectivas e 75% são retrospectivas. Se o tipo de auditoria seleccionada for a auditoria prospectiva, o enfermeiro auditor procede à observação do doente. Os processos clínicos sujeitos ao processo de auditoria são escolhidos aleatoriamente.

As auditorias são importantes porque permitem observar as práticas, descobrir falhas e mudar comportamentos.

Os suportes de informação submetidos ao processo de avaliação são:

- O QCD/E que é avaliado em relação às regras de conformidade estabelecidas para o respectivo documento: número de horas utilizadas na prestação de cuidados de enfermagem, preenchidas pelo enfermeiro prestador. Caso não haja conformidade, o enfermeiro auditor assinala como um desvio.

Outros documentos avaliados:

- História Clínica de Enfermagem.
- Plano de cuidados de enfermagem.
- Registo das intervenções e avaliação dos resultados obtidos.

Todos estes documentos devem estar arquivados no processo clínico do doente.

O enfermeiro auditor avalia, ainda, as características dos registos efectuados quanto à legibilidade, clareza, objectividade e identificação dos impressos. Analisa a coerência dos registos de enfermagem entre o plano dos cuidados de enfermagem, o estado clínico do doente e a realização dos mesmos (execução das intervenções de enfermagem propostas no plano de cuidados). Pode também solicitar para análise os protocolos, as normas e os procedimentos em vigor no serviço.

Avalia o plano de trabalho verificando se o mesmo evidencia a metodologia adoptada pelo sistema: método de trabalho individual ou de enfermeiro de referência. Esta análise é efectuada mensalmente.

Os desvios encontrados são revelados ao enfermeiro chefe pelo enfermeiro auditor, o qual dispõe de 10 dias para responder.

O relatório da auditoria elaborado pelo enfermeiro auditor é enviado ao Enfermeiro Director, o qual posteriormente os envia aos enfermeiros chefes.

Com base nos comentários e resultados apresentados no relatório de auditoria, é da responsabilidade do Enfermeiro Director proceder à introdução de medidas correctivas. No entanto, se o relatório apresentar resultados inferiores a 75% considera-se uma situação preocupante e devem ser submetidos a uma análise meticulosa do que se está a passar.

A auditoria tem como efeito melhorar a comunicação entre o Topo e o Centro Operacional na medida em que os resultados da auditoria devem de ser divulgados aos actores organizacionais, uma vez que os resultados afectam os diferentes sectores. Por outro lado, é importante o estabelecimento de estratégias de comunicação por parte da organização porque sem o apoio dos seus trabalhadores, as necessidades de mudança identificadas poderão nunca chegar a ser concretizadas. A comunicação dos resultados deve também estender-se aos doentes e familiares, sobretudo no que diga respeito a aspectos relacionados com o processo de cuidados.

1.4.2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A necessidade da existência de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que descrevesse as práticas de enfermagem foi aprovada durante o

Congresso Quadrienal do ICN (Conselho Internacional de Enfermeiras), realizado em Seul, em 1989. Conforme descrito por CLARK e LANG, 1992), apud (GOOSSEN, 2000:16):

“Na reunião do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE/ICN), em 1989, em Seul, foi mostrada a preocupação acerca da incapacidade de nomear os problemas ou situações de os enfermeiros descreverem a contribuição da enfermagem para os cuidados de saúde. Nesta reunião foi tomada a resolução de solicitar ao CIE/ICN que desenvolvesse sistemas de classificação para os cuidados de enfermagem, sistemas de gestão da informação em enfermagem e bases de dados de enfermagem de forma a fornecer instrumentos de identificação e descrição da prática de enfermagem (...).”

A elaboração de uma nomenclatura comum para descrever a prática de enfermagem tinha por finalidades:

- Melhorar a comunicação entre os enfermeiros, e entre estes e outros profissionais.
- Descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) nos vários contextos da prática.
- Comparar dados de enfermagem obtidos nos diversos universos de trabalho, populações ou áreas geográficas diferentes.
- Desenvolver a construção de indicadores que permitam mensurar o trabalho de enfermagem e, por conseguinte, mostrar o seu peso para o sector da saúde.
- Fomentar a investigação em enfermagem, partindo dos dados obtidos na prática e introduzindo as mudanças nessa mesma prática, baseada no paradigma Investigação-Acção (IA).

Numa primeira etapa foi pedido às enfermeiras de todo o mundo que identificassem os sistemas de classificação usados pelos enfermeiros. Nesse projecto de trabalho foram identificadas classificações desenvolvidas na Austrália, Bélgica,

Dinamarca, Suécia e nos Estados Unidos da América. O país com maior número de classificações era os Estados Unidos da América. Este facto revelou que já havia por parte dos enfermeiros uma preocupação em utilizar sistemas de classificação que descrevessem as suas práticas.

Na fase posterior a este projecto foram analisadas a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, as Classificações aceites pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e os 14 sistemas de Classificação de Enfermagem identificados no projecto de pesquisa realizado pelas enfermeiras das associações membro do ICN.

A partir dessa análise o ICN apresentou, em 1993, o documento intitulado *Nursing Next Advance: na International Classification for Nursing Practice – ICNP* (Próximo avanço da enfermagem: Uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE), que não era a primeira versão da CIPE, mas a compilação de elementos da prática de enfermagem: diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e os resultados esperados, identificados nesses sistemas (ICN, 1992).

Num terceiro momento, os sistemas de classificação identificados foram transformados e hierarquizados em conceitos, cujo resultado foi a construção de duas pirâmides de conceitos da CIPE; uma pirâmide de conceitos dos fenómenos de enfermagem e uma pirâmide de conceitos de intervenções de enfermagem.

Em 1996, o ICN publicou a Classificação para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa, que foi traduzida para diversas línguas. Na evolução foi construída a Versão Beta, divulgada em Julho de 1999, no decorrer das comemorações dos 100 anos do CIE. Em Janeiro de 2002, o CIE lançou a Versão Beta 2. Actualmente já se encontra traduzida a versão 1.0, divulgada em Portugal em Abril de 2006, a qual introduz algumas alterações em relação à versão anterior, nomeadamente a nível dos eixos, como explicado mais à frente no trabalho. Ou seja, o sistema continua a ser desenvolvido e até à actualidade muitos avanços já foram alcançados.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (classificação de fenómenos, intervenções e resultados a nível da enfermagem) facilitou a sistematização

e a organização da informação necessária à prática de enfermagem, servindo, assim, diversos propósitos: a área de prestação de cuidados, a área da pesquisa e a área do ensino. É também compatível com a informatização.

A necessidade de uma linguagem padronizada que ajudasse os enfermeiros a estruturar o registo das actividades que realizam e que mostrasse quer ao grupo de pares, quer aos outros profissionais de saúde, o que fazem, foi de facto sentida por estes profissionais da saúde, conforme expresso por CLARK e LANG (1992), apud GOOSSEN (2000:16):

“É necessária uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICNP/CIPE) para apoiar os processos de enfermagem e avançar no conhecimento necessário para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e eficaz nos custos. O CIE/ICN pretende desenvolver um sistema que dote a enfermagem com uma nomenclatura, uma linguagem e uma classificação que podem ser utilizadas para descrever e organizar os registos de enfermagem. É urgente que se desenvolva um CIPE/ICNP a nível mundial pelas seguintes razões: constrangimentos dos custos; política de saúde baseada em dados de enfermagem; computadorização nos cuidados de saúde; importância crescente das classificações médicas (...).”

O grupo de enfermeiros viu nesta classificação uma oportunidade de dar visibilidade à prática de enfermagem nos sistemas de informação de saúde. Investigadores, docentes, gestores e todos aqueles que tem à sua responsabilidade o desenvolvimento de políticas de saúde podem usar dados dos sistemas para identificar o contributo da enfermagem para os cuidados de saúde. A informação também pode ser usada para assegurar a qualidade ou promover mudanças na prática de enfermagem, através da investigação, da docência e da gestão.

Segundo os enfermeiros da ICN, a existência de uma linguagem comum numa dada área de conhecimento é condição *sine qua non* para que esse conhecimento seja considerado uma ciência e para que essa ciência seja aceite no seio da comunidade

científica. Neste âmbito, os sistemas de classificação são considerados importantes ferramentas para o estabelecimento de uma comunicação eficaz, para descrever os cuidados de enfermagem em diferentes contextos e dar visibilidade ao trabalho dos enfermeiros.

Sabe-se que a obtenção de registos informatizados adequados só é possível mediante a utilização de termos comuns, daí a importância da linguagem CIPE, a fim de prevenir que diferentes termos sejam atribuídos a um mesmo problema. Por exemplo, um enfermeiro pode designar “respiração ofegante” e outro pode nomear de “dispneia”.

A necessidade de uma classificação era urgente para a criação de bases de dados informatizados, assim como para identificar resultados sensíveis à enfermagem, isto é, resultados que são nitidamente melhorados pelos cuidados de enfermagem.

A este respeito sublinha a OE (2005:40):

“...as aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da actual prática de enfermagem visando as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (legais, éticas, qualidade e continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação, visibilidade dos actos de enfermagem praticados).”

O sistema aplicativo SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem construído com base na linguagem CIPE foi desenvolvido pelo IGIF da Região Norte. A incorporação da linguagem CIPE no sistema informático foi uma mais valia para a prática de enfermagem.

A concepção e implementação dos conteúdos do sistema aplicativo SAPE com base na linguagem CIPE resultaram do trabalho de Paiva¹, em parceria com o IGIF

¹ PAIVA, Abel, enfermeiro docente na Escola Superior de Enfermagem S. João (Porto), que desenvolveu a sua tese de mestrado e posteriormente a de doutoramento no âmbito dos SIE. Foi o co-autor juntamente com o IGIF da Região Norte da concepção e implementação do SIE fundado na CIPE em três hospitais do Norte: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) – hospital de S. Marcos (Braga); Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia (UCIC) – Hospital de S. João (Porto) e Unidade de Medicina – Homens (MH) – Padre Américo (Paredes).

(Região Norte), e a Escola Superior de Enfermagem S. João (Porto). Para PAIVA (2000:42):

“...só os enfermeiros podem apresentar os modelos de dados que melhor servem as práticas e o desenvolvimento dessas mesmas práticas. (...). E há riscos se os outros fizerem por nós. Os outros fariam por nós: criando modelos de dados que estruturam os actuais modelos em uso; modelos de registos de enfermagem. O desafio consiste em evoluir dos registos de enfermagem para SIE que incorporem entidades de informação ao processo de tomada de decisão dos enfermeiros no modelo de dados. (...). Importa incorporar os dados utilizados pelos enfermeiros para inferir as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem, prescrever as intervenções e avaliar os resultados.”

Para a OE (2005:33-34) o SIE [SAPE] com base na linguagem CIPE é um *“Instrumento estratégico para a profissão, para a qualidade dos cuidados, para a investigação em enfermagem e consequentemente para os ganhos em saúde”*.

Ponto de vista partilhado por PIGNATELI² (2005:44) ao salientar as vantagens do sistema SAPE [CIPE]:

- *“Instrumento promotor da reflexão crítica.*
- *Instrumento potenciador de uma articulação mais eficaz entre os hospitais e os centros de saúde.*
- *Avaliação rigorosa do trabalho dos enfermeiros.*
- *Desenvolvimento da investigação”*.

Afirmações mantidas por PIGNATELI (2006:10), no seu discurso proferido no decorrer da Cerimónia de Lançamento da nova versão da CIPE: versão CIPE 1.0 no dia

² PIGNATELI, Cármen, Secretária de Estado Adjunta do Ministério da Saúde. Discurso proferido na abertura da Conferência CIPE®, no Seminário de Vilar (Porto) no dia 10 de Outubro de 2005. “Conferência CIPE” In: *Ordem dos Enfermeiros*, Lisboa nº 19, Dezembro 2005, pp. 41-50.

4 de Abril. Defendendo a informatização da CIPE, enfatizava os efeitos positivos da CIPE para o trabalho dos enfermeiros:

“ ...para o planeamento do trabalho em enfermagem, graças à identificação das necessidades dos doentes. (...) Instrumento promotor da reflexão crítica sobre o estado do doente, facilitando a forma de organizar as práticas de enfermagem. É por conseguinte, um importante meio de avaliação na medida em que permite a comparação de dados e a identificação de tendências na prestação de cuidados.”

A CIPE é uma taxonomia constituída por um conjunto de termos que permite aos enfermeiros descrever aquilo que fazem na prática. Veio permitir a informatização, isto é, a introdução numa base de dados de uma linguagem padrão que traduz os termos de cuidados de enfermagem.

O aplicativo informático SAPE consiste numa matriz “despida” de qualquer conteúdo, o qual é construído pelos enfermeiros nos seus diferentes contextos de trabalho.

A CIPE é usada para representar:

- Diagnósticos de Enfermagem.
- Intervenções de Enfermagem/Acções de Enfermagem.
- Resultados de Enfermagem.

Os três componentes são classificados *“usando uma abordagem de eixos múltiplos. Isto significa que os conceitos, na classificação, estão ordenados em estruturas hierárquicas diferentes podendo ser feitas diversas combinações mediante a escolha de termos de diferentes hierarquias”* (GOOSSEN, 2000:17).

A CIPE tem sofrido várias alterações, desde a divulgação da primeira versão até ao momento.

Na versão alfa foram desenvolvidas duas pirâmides, a dos fenómenos de enfermagem e a das intervenções de enfermagem.

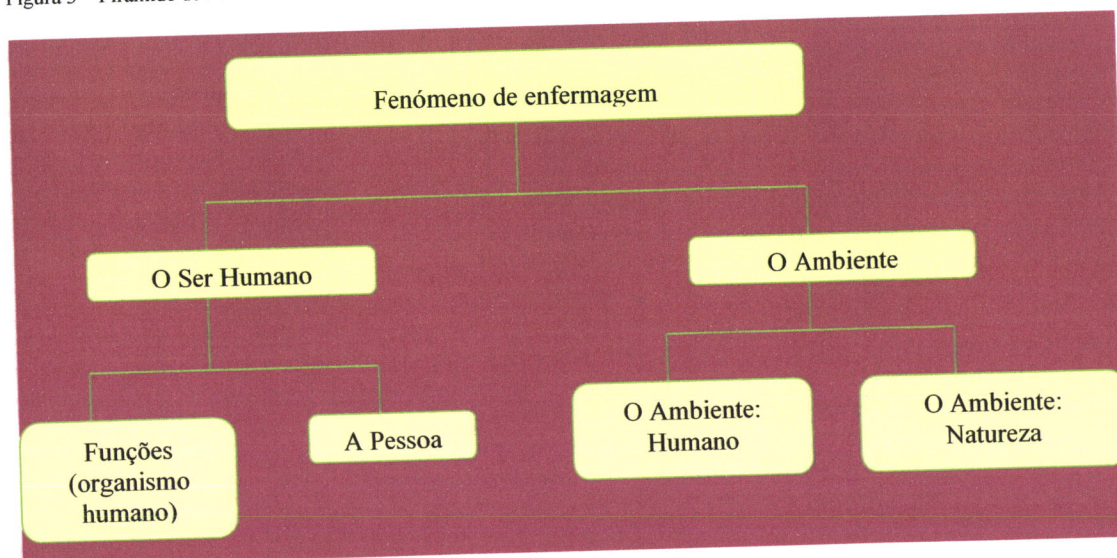
Nesta versão o termo de topo escolhido, que é o termo que se pretende classificar, foi o termo “fenómeno de enfermagem”. A razão que esteve na base dessa escolha foi segundo LEAL (2006:107):

- Ser um termo aplicável às várias situações de saúde individual, como a fenómenos ambientais que digam respeito à enfermagem.

Por esse motivo, consideraram que era melhor que o termo diagnóstico de enfermagem, que estava mais conotado com problemas ou défices. Dado que “...é a partir dos fenómenos (termo que em sentido literal significa o que pode ser observado) que as enfermeiras detectam, e dos juízos que fazem com base neles, que são obtidos os diagnósticos de enfermagem.”

A pirâmide, “fenómenos de enfermagem” subdivide-se em vários conceitos, uns mais genéricos e outros mais específicos, relevantes para a enfermagem, como apresentado na figura 3.

Figura 3 – Pirâmide de Fenómenos da CIPE – Versão alfa (adaptado do ICN, 2000)



Nesta versão, o foco isto é a área de atenção do enfermeiro é o “Foco na prática de enfermagem”, que engloba os aspectos fisiológicos indispensáveis à vida.

Na pirâmide das intervenções de enfermagem o termo de topo é “intervenções de enfermagem” e inclui as actividades cognitivas, afectivas e psicomotoras que as enfermeiras realizam ao nível da área da prevenção, do tratamento e da reabilitação. O conceito “intervenções de enfermagem” está subdividido em seis partes, assumindo assim, uma divisão multi-axial, que a distingue da classificação dos fenómenos.

Cada eixo está dividido em classes, de acordo com as suas características específicas:

Eixo A – Tipo de acção: Intervenções de enfermagem subdivididas de acordo com o tipo de acção da prática de enfermagem: Observar; Executar; Cuidar; Gerir; Informar.

Por acção de enfermagem entende-se o comportamento do enfermeiro na prática. Respostas dadas ao utente, dirigidas à sua unicidade enquanto ser singular. “*Acções que respondem a um diagnóstico de enfermagem para produzir um resultado de enfermagem*”. (GOOSSEN, 2000:17). Vai procurar responder às questões:

- O que vou fazer? (Tipo de acção).
- A quem? (Alvo).
- Que recursos utilizar?

Eixo B – Objectos: Intervenções de enfermagem divididas de acordo com o objecto da prática que pode ser ou não fenómenos de enfermagem.

Eixo C – Abordagens: Intervenções de enfermagem divididas segundo as abordagens da prática, procedimentos, etc.

Eixo D – Topografia anatômica: relacionado com localizações anatômicas.

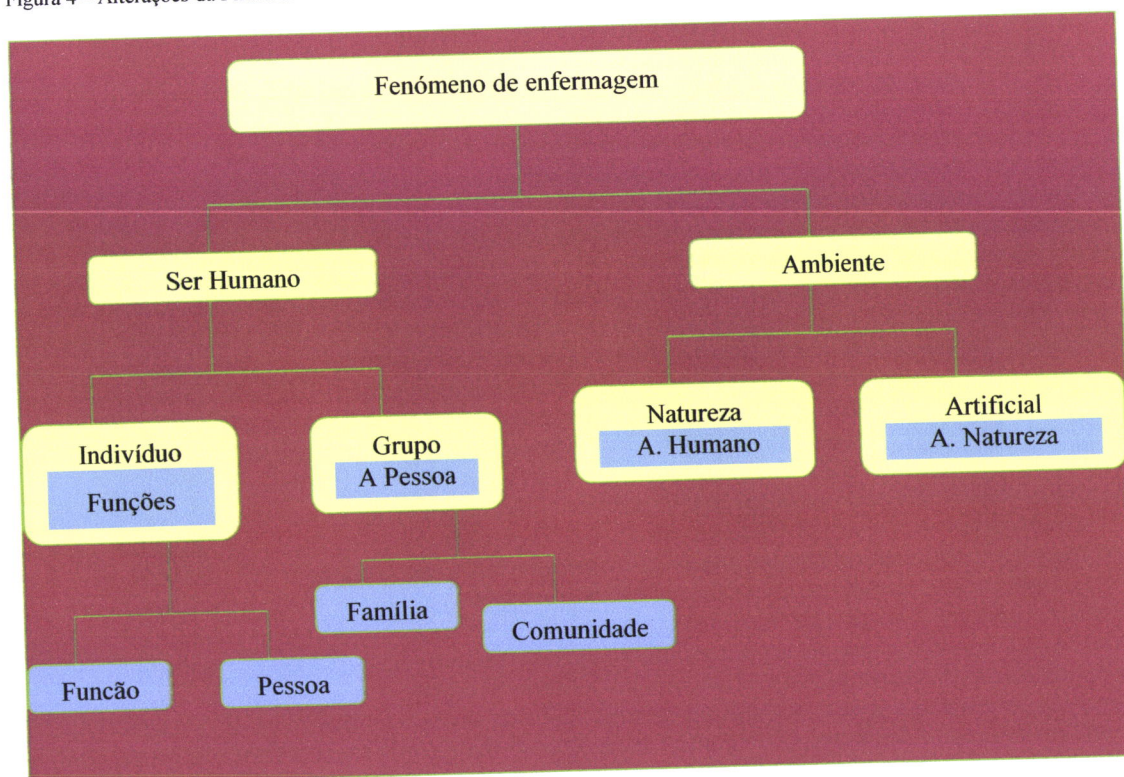
Eixo E – Tempo/Espaço: Intervenções de enfermagem de acordo com o tempo/espaço. (LEAL, 2006:111).

Seguiu-se a versão Beta, as modificações operadas foram as seguintes:

- ▣ Pirâmide dos “Fenómenos”, passou também a ser muti-axial.
- ▣ A Classificação das intervenções de enfermagem, passou a designar-se de acções de enfermagem.
- ▣ Proposta de classificação dos resultados de enfermagem.
- ▣ Aumentado para 8 o número de eixos de cada classificação.

A nível da classificação dos fenómenos de enfermagem, ocorreram duas alterações, as categorias Família e Comunidade passaram da categoria Ambiente para a do Ser Humano, e a categoria Grupo, sofreu subdivisões, ver Figura 4 a seguir representada.

Figura 4 – Alterações da Pirâmide de Fenómenos da CIPE da Versão alfa para a versão beta (adaptado do ICN, 2002)



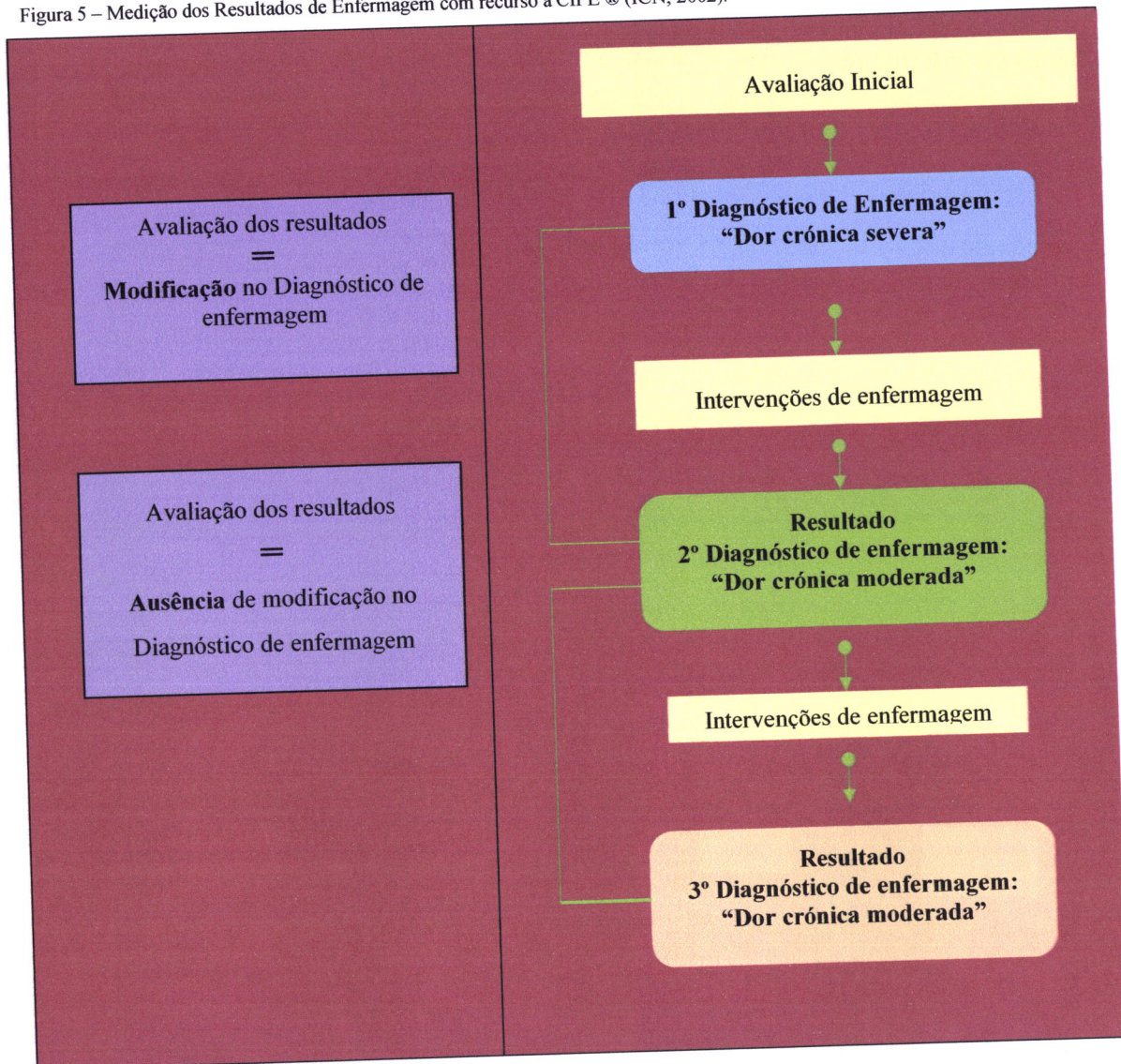
O fundo a azul, refere-se às alterações operadas da versão alfa para a versão Beta.

Foi também feita uma reclassificação da classificação Funções que deixou de ser subdividida em Funções fisiológicas e Funções psicológicas.

A subdivisão Função engloba as funções vitais e outras funções orgânicas. A subdivisão Pessoa, diz respeito à pessoa como agente intencional e envolve os comportamentos e as motivações. A categoria Ambiente, engloba os fenómenos relacionados com a Natureza, que está subdividida em Infra-Estrutura, Desenvolvimento Territorial, sistema de Abastecimento, Normas e Atitudes e Regime Político.

Relativamente à classificação de resultados de enfermagem, uma das mudanças operadas da versão Alfa para a versão Beta, os responsáveis pela arquitectura da CIPE, concluíram após terem efectuado alguns estudos sobre o tema, que não se justificava a introdução de uma terceira classificação, dado que os resultados poderiam ser medidos através de dois ou mais juízos diagnósticos, separados por intervalos de tempo, durante os quais as intervenções de enfermagem eram realizadas, como pode ser observado na Figura 5, a seguir demonstrada. (LEAL, 2006:115-116).

Figura 5 – Medição dos Resultados de Enfermagem com recurso à CIPE ® (ICN, 2002).



O Resultado das Intervenções de Enfermagem não é mais do que a avaliação do diagnóstico de enfermagem num determinado momento, após uma intervenção de enfermagem.

Para o ICN (2000), a classificação dos resultados de enfermagem tem como propósito identificar e distinguir as contribuições específicas da enfermagem nos resultados dos cuidados de saúde. SERMEUS e DELESIE (1994), mencionados por GOOSSEN (2000:18), salientam que “a Bélgica é o único país que tem dados nacionais sobre os cuidados de enfermagem para fins de política de saúde”.

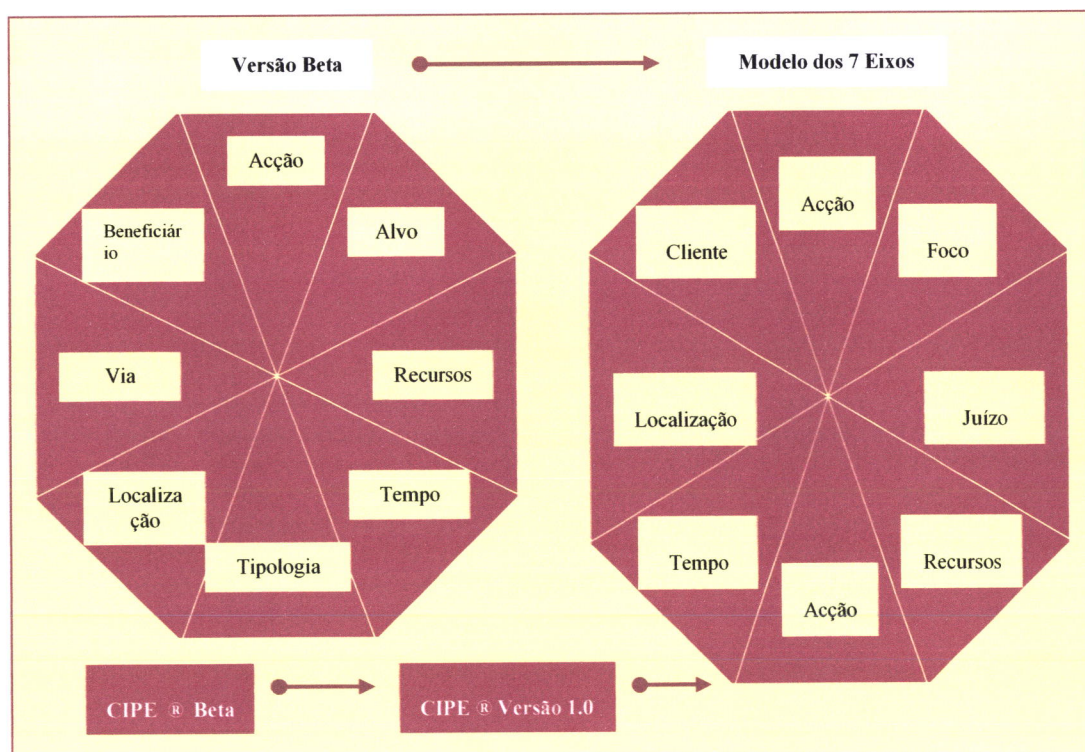
No que respeita à Versão 1.0, a grande alteração, relativamente à estrutura anterior, é que de duas classificações independentes passou para uma classificação

multi-axial com sete eixos, que representa os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem. (LEAL, 2006).

Esta mudança teve como objectivo reduzir a ambiguidade, assim como a prolixidade de alguns dos termos, da versão anterior.

Os setes Eixos da nova classificação são: Foco, Juízo, Recursos, Acção, Tempo, Localização e Cliente. Na Figura 6, apresenta-se a evolução da modificação da estrutura CIPE® (versão Beta), para a versão 1.0.

Figura 6 – Modificação da estrutura da CIPE®, para a versão 1.0 (adaptado do ICN, 2005b).



Os eixos para criar os enunciados de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem no modelo de sete eixos (versão 1.0) são:

- Um termo do Eixo do foco.
- Um termo do Eixo do juízo.
- Pode incluir termos adicionais se necessário. Termos dos eixos do

Foco, do juízo ou outros eixos.

Construção das Acções de Enfermagem segundo o modelo dos sete eixos:

- Um termo do Eixo da acção.
- Deve incluir pelo menos um termo Alvo que pode ser qualquer termo dos diferentes eixos, excepto do eixo Juízo.
- Pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Acção ou de qualquer outro eixo.

O diagnóstico cruza com as intervenções de enfermagem. Os enfermeiros definem quais as intervenções que se ajustam ao diagnóstico elaborado.

No Quadro 1 ilustra-se a composição de diagnósticos; intervenções e resultados de enfermagem, segundo o modelo dos sete eixos: Eixo acção, Eixo cliente, Eixo foco, Eixo juízo, Eixo localização, Eixo recursos e Eixo tempo.

Quadro 1 – Exemplo do uso dos eixos na concepção do diagnóstico de enfermagem (Adaptado da CIPE® (2000)).

7 Eixos	Acção	Cliente	Foco	Juízo	Localizaçã o	Recursos	Temp o
P.E			Não adesão à terapêutica	Risco	Domicílio		
Diagnósticos de Enfermagem	Explicar	Indivíduo			Domicílio	Regime medicamentos	
	Ensinar		Efeito colateral				
	Monitorizar		Adesão à medicação		Domicílio	Caixa de medicamentos	
Resultados de Enfermagem			Adesão à medicação	Actual	Domicílio		

Os suportes de informação do SAPE [CIPE] são os seguintes:

- Impresso de Apreciação Inicial.
- Plano de Cuidados.
- Notas de Enfermagem.

■ Folha de Transferências.

Outros impressos utilizados pelos enfermeiros, destinados a recolher informação sobre o doente:

- Gráficos/Tabelas (Sinais Vitais; Pressão Venosa Central; Diurese; Balanço Hídrico; etc.).
- Folha terapêutica.

Todos estes dados estão parametrizados no sistema aplicativo.

Constata-se a importância das diferentes etapas do processo de enfermagem na racionalização do trabalho de enfermagem.

A etapa Histórico de enfermagem está representada no impresso “Apreciação Inicial”. Engloba o registo dos dados do doente resultantes da entrevista/observação feita pelo enfermeiro no momento de admissão do doente na unidade de cuidados. Este instrumento de trabalho baseia-se no modelo conceptual adoptado pela unidade, o qual orienta o enfermeiro na recolha, sistematização e organização dos dados.

O modelo conceptual utilizado nas instituições de saúde pode variar de unidade para unidade. Há serviços que utilizam, por exemplo, o Modelo de Padrões de Resposta Humana (NANDA) fundado nos 9 padrões de resposta humana; outros usam os Padrões Funcionais de GORDON, alicerçado nos 11 padrões funcionais de saúde; outros ainda utilizam o Modelo de ROOPER, baseado nas 12 actividades de vida, etc.

O grande contributo deste sistema SAPE [CIPE] é precisamente este, coexistir com diferentes modelos, o que permite a utilização do modelo conceptual existente na instituição ou no serviço. Critério estabelecido pelo próprio ICN: a CIPE deve ser congruente com e independente dos modelos de enfermagem. O que se afigura um factor facilitador do processo de adaptação do sistema SAPE [CIPE] nos contextos de trabalho.

Por outro lado, teve o efeito positivo de levar os enfermeiros a realizar esta

actividade. A maioria dos serviços nem tinham este tipo de impresso e, naqueles em que existia, não era preenchido pela maioria dos profissionais de enfermagem. Entre várias razões, os enfermeiros focavam a falta de tempo para documentar em suporte de papel.

Para PAIVA (2000), a realização desta actividade é importante, porque possibilita a recolha de dados sobre o doente, de uma forma organizada e estruturada. É esta informação que lhe permitirá inferir os diagnósticos de enfermagem e, por conseguinte, as intervenções de enfermagem.

Outra das consequências positivas da adopção deste sistema na prática de enfermagem é a realização do “Plano de cuidados” por todos os enfermeiros.

O sistema aplicativo, estruturado no processo de enfermagem, sustenta essa prática – planeamento das intervenções. Programado para sugerir um leque de intervenções, a informatização do sistema facilita o trabalho do enfermeiro.

O sistema informático programado para identificar, a partir dos dados obtidos sobre o doente, propõe um diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro selecciona-o, aparecem os objectivos possíveis assim como as intervenções.

Na opinião dos enfermeiros utilizadores do sistema, a elaboração do manual standard promove a padronização das práticas, reduzindo, assim, a variabilidade em termos do que pensa cada enfermeiro sobre um determinado cuidado. As práticas devem ser fundamentadas em dados científicos e não em função do que cada um pensa individualmente, bem como devem distanciar-se do empirismo e basear-se nas evidências.

De facto, ao oferecer os planos “Tipo” tornam mais fácil a utilização do plano de cuidados pelos enfermeiros no quotidiano laboral.

Para PAIVA (2000), a construção dos planos “Tipo” informatizados traz muitas vantagens comparativamente à construção dos planos de cuidados em suporte de papel (quando realizados). Por exemplo, o enfermeiro, ao elaborar o plano de cuidados em suporte de papel, prescrevia intervenções de enfermagem para cada um dos diagnósticos

levantados, o que se traduzia na repetição dos problemas / diagnósticos e das intervenções de enfermagem que eram similares para diferentes diagnósticos, ou então contraditórias, levando à prescrição de acções antagónicas. Isto é, segundo o autor, na elaboração de um diagnóstico, o enfermeiro prescrevia um conjunto de intervenções que poderiam revelar-se desadequadas na presença de outro diagnóstico levantado.

Na sua opinião, a adopção dos planos “Tipo” informatizados veio alterar esta situação. Em primeiro lugar, porque permite uma disposição vertical em vez da tradicional disposição horizontal do plano de cuidados. Em segundo lugar, porque essa disposição vertical do plano de cuidados faz com que o enfermeiro tenha uma percepção global do conjunto de diagnósticos levantados, o que significa que passa a prescrever para o total dos diagnósticos elaborados e não somente para cada um dos diagnósticos identificados. Isso faz com que não haja prescrições contraditórias, evitando também intervenções repetidas para diferentes diagnósticos.

A construção dos planos de cuidados em suporte de papel acaba por conduzir a uma repetição dos planos. Os diagnósticos repetem-se, o que leva à prescrição frequente dos mesmos enunciados. *“Repetição dos problemas comuns a um conjunto de doentes internados no mesmo serviço. (...), elaborar sempre os mesmos diagnósticos, levantar os mesmos problemas (...)”* (PAIVA, 2000:144), o que não acontece neste sistema. O enfermeiro não necessita de estar sempre a elaborar planos de cuidados.

Para além disso o ter que escrever folhas e folhas de papel com diagnósticos e intervenções de enfermagem, que ninguém consulta, é desmotivante. A informatização do plano de cuidados veio resolver essa situação. O plano de cuidados padronizados ajuda os enfermeiros prestadores a evitarem diagnosticar e estabelecer intervenções de enfermagem comuns a determinadas situações clínicas.

Quanto ao risco de perda de individualidade ou de um trabalho mecanizado, derivado da utilização deste tipo de planos de cuidados, PAIVA (2000:144), no seu estudo, também revelou alguma preocupação sobre o assunto. Segundo o autor, este tipo de planos apresenta alguns constrangimentos, entre os quais o risco de mecanização do trabalho. Ao limitar a informação ao que está impresso no documento, pode, de facto,

levar o enfermeiro a não raciocinar, limitando-se somente a inscrever cruzinhas. Esta situação é ultrapassada, segundo o autor, pela existência de campos de texto livre no sistema informático que permite ao enfermeiro escrever, sempre que quiser, as especificidades do doente. *“Dispõem de um campo para texto livre que permite documentar os diagnósticos e intervenções de enfermagem específicos de cada situação de cuidados. Além do que está impresso o enfermeiro selecciona o que se adequa à situação.”*

Afirma que esses riscos estão mais associados às características individuais de cada um do que à existência de planos padronizados. Salienta que, independentemente da existência ou não dos planos tipo, haverá sempre enfermeiros que *“ (...) irão limitar-se à informação pré-definida nos sistemas de informação, não acrescentando qualquer informação (...)”*. Considera que essa situação *“Não tem a ver com os SIE, com os planos tipo, mas com a pessoa em si.”*

Outro dos contributos para a prática de enfermagem resultantes da adopção deste sistema é a realização da “Folha de Transferência”, documento importante para a continuidade dos cuidados. Serve de veículo de comunicação entre os enfermeiros, ou entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, para a troca de informações sobre o doente, quer entre departamentos quer entre instituições.

O sistema melhorou este processo de troca de informação e de articulação com outros serviços ou instituições ao facultar registos claros e sistematizados, registados numa linguagem comum. Citando PIGNATELLI (2006:10): *“...um meio potenciador de uma melhor articulação de cuidados, em particular entre os centros de saúde e os hospitais...”*

O sistema faculta um relatório de nota de alta informatizado, contendo os diagnósticos e intervenções de enfermagem activos no momento da saída do doente da unidade de cuidados. Contempla, ainda, informação sincrética dos diagnósticos, intervenções e prescrições médicas efectuadas no decorrer do internamento, assim como outras anotações no espaço destinado ao texto livre, que facilita o conhecimento do doente por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados ao doente, na comunidade e pelo apoio domiciliário, garantindo, assim, a continuidade dos cuidados.

Mais um dos efeitos positivos da adopção do sistema é o facto de ter as prescrições terapêuticas *on-line*. A “Folha Terapêutica” aparece automaticamente no plano de trabalho.

Neste impresso está documentada a terapêutica prescrita (nome dos fármacos a administrar, via de administração). O enfermeiro coloca o horário e rubrica sempre que administra o fármaco no horário pré-estabelecido, confirmando a administração do fármaco, ou, então, assinala a não administração e justifica as razões da sua decisão. Isso contribui para a redução dos erros, por dificuldade na leitura e interpretação do que estava prescrito. Por outro lado, leva a que não haja esquecimentos na administração dos fármacos, e de registar informação que considere importante, como por exemplo o aparecimento de complicações.

A avaliação do trabalho realizado é outro dos contributos deste sistema. Permite medir a qualidade dos cuidados prestados, ao produzir indicadores, que possibilitam uma reflexão sobre a prática quotidiana.

Possibilita aos enfermeiros reverem a sua prática, de analisarem os cuidados que estão a ser proporcionados, os seus efeitos nos doentes e o que pode ou não ser melhorado. Relativamente ao passado este sistema tem a mais valia de proporcionar uma avaliação estruturada e contínua. Concede também a possibilidade de conhecer os resultados e de implementar as mudanças que forem necessárias.

Como sublinha SALE (1998:89): “...*esta é uma oportunidade para pôr em causa a prática.*” É uma oportunidade para avançar no campo da investigação, prática pouco desenvolvida entre os enfermeiros.

Facilita também a comunicação entre o topo (Enfermeiro Director), chefias intermédias (enfermeiros Chefes) e os enfermeiros prestadores, porquanto, deve de existir uma estratégia de comunicação que divulgue os resultados obtidos na avaliação, para que os resultados possam ser partilhados, entre todos e não existir duplicação de estudos.

No campo da comunicação, os sistemas contribuíram para melhor a comunicação entre os enfermeiros. Começa na fase de pré concepção que corresponde à fase de elaboração do manual standard de cuidados e perpetua-se no quotidiano laboral.

A fase de concepção do manual standard de cuidados é segundo os enfermeiros responsáveis pela implementação do sistema basilar porque leva a momentos de grande reflexão e de discussão, comportamento pouco habitual entre estes profissionais.

Os efeitos positivos do sistema, nos vários campos de acção do enfermeiro, levaram PAIVA (2000:219) a sublinhar que a concepção e implementação dos SIE em suporte electrónico, com base na linguagem CIPE, adoptando “...os processos inerentes ao conceito de “*Processo de Enfermagem*” é indubitavelmente um instrumento auxiliar de trabalho valioso para os profissionais de enfermagem.

Os enfermeiros prestadores encontram neste sistema apoio tecnológico que lhes possibilita gerirem melhor o seu tempo. Os enfermeiros gestores “...dispõem de um instrumento que lhes possibilita determinarem a carga de trabalho real requerida em cuidados de enfermagem, e estabelecerem correlações indispensáveis à ponderação dos custos em cuidados de enfermagem para o sector da saúde.” (GRONDIN, 1992:XI).

A mais valia advém do facto de estes sistemas terem sido arquitectados por enfermeiros portugueses e como tal, desenvolvidos com base nos modelos conceptuais de enfermagem. A maior parte dos sistemas foram desenvolvidos segundo os modelos administrativos ou médicos e em conformidade com um esquema referencial destinado a engenheiros, pelo que nada significavam para os enfermeiros.

Este sistema, direccionado para as actividades de enfermagem, estruturado no modelo processo de enfermagem e com base na linguagem CIPE, ao serviço dos profissionais de enfermagem, servirá para dar a conhecer o seu trabalho e a sua importância para o sector da saúde. (ADAM, 1994).

Face ao exposto considerou-se importante para o estudo o conhecimento dos resultados dos vários estudos realizados sobre os efeitos da adopção e implementação dos sistemas de informação em enfermagem, pelo que se julga pertinente abrir um sub

capítulo para a apresentação de algumas das conclusões dessas investigações. O propósito é conhecer esses resultados e compará-los com os deste estudo no capítulo da discussão de resultados.

1.5. Resultados de Outros Estudos

Na bibliografia consultada encontrou-se referência a alguns estudos realizados a nível nacional e internacional sobre a adopção e implementação dos sistemas de informação em avaliação: SCD/E e o SAPE [CIPE]. Pela sua pertinência para o estudo, fez-se o levantamento de algumas das conclusões a que os autores chegaram nas suas investigações. Estes dados serão depois confrontados com os dados deste estudo, no sentido de analisarmos se existe similaridade ou diferença entre os resultados.

Relativamente ao SCD/E foi-nos concedido pessoalmente pela autora³ do estudo os resultados apurados no estudo sobre a: *“Percepção do enfermeiro prestador de cuidados e de enfermeiro gestor sobre os impactos do SCD/E nas diferentes áreas de actuação dos profissionais de enfermagem”* realizado no Hospital de Abrantes (texto policopiado [estudo não publicado]). Os impactos identificados nas diferentes áreas foram:

Impacto do SCD/E para o doente/cliente:

- Cuidados de qualidade.
- Indicador fiável das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem.
- Cuidados integrais.
- Interacção enfermeiro / doente / família.

Impacto do SCD/E para o enfermeiro prestador de cuidados:

³ Resultados obtidos num estudo efectuado no Hospital de Abrantes (s.d), pela Direcção de Enfermagem aos enfermeiros da prestação de cuidados e enfermeiros gestores, onde foi feita a avaliação do sistema através da recolha de opiniões dos profissionais de enfermagem utilizadores do SCD/E. (Concedido pela Enfermeira Directora da referida organização de saúde, que no momento da entrevista exploratória já não estava em funções de direcção (aposentada).

- Cria hábitos de análise, discussão e avaliação dos resultados.
- Favorece a definição de medidas correctivas.
- Melhora a comunicação na equipa.

Impacto do SICD/E para a gestão:

- Elaborar o plano de trabalho de modo a garantir a equidade na prestação de cuidados.
- Identificar as HCN/DI, por doente e as HCN de recursos de enfermagem por dia.
- Programar os recursos humanos de enfermagem em função das necessidades em cuidados, garantindo o padrão de qualidade definido.
- Avaliar a qualidade dos cuidados prestados através de indicadores de resultados (% de classificações correctas, % de desvios zero).
- Identificar necessidades de formação.
- Avaliar o desempenho dos enfermeiros com maior objectividade.

Impacto do SICD/E para a profissão:

- Visibilidade da profissão, porque evidencia as actividades específicas da profissão.
- Definição do conteúdo funcional dos enfermeiros.
- Identificar com rigor as necessidades em recursos de enfermagem.
- Coesão do grupo profissional.

Segundo a percepção da autora do estudo, os contributos da adopção e implementação do SCD/E para o trabalho do enfermeiro são de uma “*magnitude colossal*”.

No que diz respeito ao SAPE [CIPE], os primeiros estudos realizados foram os de PAIVA (2000) e o de SOUSA (2005), os quais abordaram o processo de concepção e implementação do SAPE [CIPE]. Passa-se a descrever as principais conclusões dos respectivos estudos.

PAIVA (2000) estudou o tema: *“Sistemas de informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança.”* Partiu das percepções dos profissionais de enfermagem participantes do estudo, para a efectivação das mudanças a introduzir no sistema informático em avaliação. Dado o objectivo deste estudo, considerou-se pertinente apresentar os depoimentos dos enfermeiros participantes sobre os impactos do SAPE [CIPE] para a enfermagem, durante o processo de implementação. As conclusões relativamente aos efeitos positivos do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem foram as seguintes:

Elaboração do plano de cuidados – Contributos:

- ▣ *“Melhor identificação dos problemas...”*
- ▣ *“Assegura a continuidade de cuidados.”*
- ▣ *“Melhor conhecimento do doente.”*
- ▣ *“Individualização dos cuidados.”*
- ▣ *“Maior incentivo para efectuar o plano de cuidados.”*
- ▣ *“Podemos avaliar os resultados dos cuidados prestados e reflectir sobre os mesmos e consequentemente melhorar os cuidados prestados.”*
- ▣ *“Serve de guia principal nas tomadas de decisão.”*
- ▣ *“Permite ver rapidamente os problemas actuais do doente.”*
- ▣ *“Registos mais organizados.”*
- ▣ *“Maior facilidade de consulta e maior conhecimento global da evolução do doente/família.”*
- ▣ *“Não há repetição de problemas e intervenções.”*

Linguagem – Contributos:

- ▣ *“...com a mesma linguagem é mais fácil a interpretação.”*
- ▣ *“A leitura nos registos é menos ambígua.”*
- ▣ *“Maior clareza, objectividade e uniformidade.”*

Registos – Contributos:

- *“Diminui a probabilidade de erro/omissão.”*
- *“Menor duplicação da informação.”*

No campo da Comunicação – Contributos:

- *“Melhor comunicação entre a equipa.”*
- *“Passagens de turno mais precisas e com mais discussão sobre os cuidados de enfermagem.”*
- *“...mais discussão em torno da prática”.*

No campo da Formação – Contributos:

- *“Este sistema obriga-nos a mais estudo.”*
- *“Permite detectar lacunas de formação.”*

Para o enfermeiro – Contributos:

- *“Aumento da responsabilização.”*
- *“Autonomia.” (Paiva, 2000: 80-81).*

O estudo de SOUSA (2005)⁴, realizado no Hospital e no Centro de Saúde de Matosinhos, seguindo a mesma metodologia do estudo anterior, procedeu, num primeiro momento, à implementação de uma linguagem comum (ICNP/CIPE®) e, num segundo momento, passou à implementação dos SIE como sistema de partilha de informação (SPIE) entre as duas instituições supracitadas, concluindo, relativamente aos efeitos positivos do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem, por um processo de mudança favorável nas seguintes dimensões:

⁴ SOUSA, Paulino (2005), docente da Escola Superior de Enfermagem S. João (Porto), incrementou a implementação da informatização dos SIE em dois contextos de cuidados de saúde: Hospital e Centro de Saúde. O estudo efectuado no âmbito da sua tese de doutoramento incidiu sobre a construção de um modelo de partilha de informação entre estas duas unidades de saúde: Hospital e Centro de Saúde. O projecto teve início em Setembro de 2000, tendo uma duração de quatro anos. Foi desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), em unidades de internamento do Hospital Pedro Hispano (Serviço de Medicina e Serviço de Cirurgia) e em Centros de Saúde (4 unidades de Saúde Familiar).

Elaboração do plano de cuidados – Contributos:

- ▣ *“...observa-se um aumento do número de diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem.”*
- ▣ *“...melhor sistematização da concepção de cuidados de enfermagem.”*

Linguagem – Contributos:

- ▣ *“...a utilização de uma classificação de enfermagem transformou-se numa oportunidade para organizar reflexões sistematizadas sobre as práticas de enfermagem nas unidades de cuidados.”*

Registos – Contributos:

- ▣ *“...maior quantidade de documentação dos cuidados de enfermagem.”*
- ▣ *“...qualidade da informação produzida.”*
- ▣ *“...valorização da documentação do processo de concepção de cuidados de enfermagem.”*
- ▣ *“...diminuição da duplicação da informação produzida.”*

Para a profissão – Contributos:

- ▣ *“...produção de indicadores...”*
- ▣ *“...visibilidade quer às intervenções implementadas pelos enfermeiros em função do seu processo de tomada de decisões e resolução de problemas, quer aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem...” (Sousa, 2005:355-356).*

O poster realizado por OLIVEIRA, *et al.*, exposto na Conferência realizada em Junho de 2004, em Vila Real, evidenciava os aspectos positivos e negativos da CIPE. Os aspectos positivos eram:

Prática de cuidados – Contributos:

- Planeamento dos cuidados.
- Diagnósticos de enfermagem.
- Melhor gestão do tempo.

Linguagem – Contributos:

- Uniformização da linguagem.

Registos de enfermagem – Contributos:

- Registos mais objectivos.

Para o enfermeiro – Contributos:

- Desenvolvimento do espírito crítico e reflexivo.

Campo da Informação – Contributos:

- Melhor transmissão da informação.

Os aspectos negativos focados foram:

- Dificuldade de utilização.
- Aumento inicial do tempo consumido em registos.

Vários outros estudos foram desenvolvidos nesta área, a nível internacional, entre os quais se destaca o estudo realizado por ADAMSKI & HAGEN (1999:33), cujos resultados demonstraram que a implementação dos sistemas informáticos produz na enfermagem os seguintes efeitos:

- Diminuição da carga de trabalho.
- Melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

- Melhoria nas relações interpessoais
- Melhoria no campo da comunicação
- Apoio à gestão.

Para os autores, a informatização da informação facilita o trabalho dos enfermeiros, porquanto a documentação informatizada, reduz o tempo do enfermeiro a registar, libertando-o para outras actividades.

Essa redução do tempo a documentar, traduz-se num aumento de produtividade e na qualidade dos cuidados prestados.

Os estudos apresentados são consensuais na afirmação de que os sistemas de informação em enfermagem trouxeram efeitos positivos para a prática de enfermagem essencialmente no campo da documentação. Parece-nos evidente que o facto de os enfermeiros começarem a registar as suas actividades com base numa linguagem padronizada teve efeitos colaterais nos vários campos de actividade de enfermagem., nomeadamente, na área da prestação de cuidados, no campo da comunicação e na relação com o doente.

A grande mudança parece ter sido mesmo no campo dos registos. Daqui ressaltam logo dois efeitos colaterais importantíssimos para a profissão, a organização dos dados num banco de dados de forma organizada e sistematizada que possibilita a construção de indicadores e, por conseguinte, o desenvolvimento da investigação na área da enfermagem e a visibilidade do trabalho de enfermagem a Ordem dos Enfermeiros, indica a CIPE®, como instrumento a ser adoptado pelos enfermeiros para a documentação em enfermagem nas instituições de saúde.

Dada a importância dos registos para a área da enfermagem, no sub capítulo seguinte faz-se uma breve abordagem a este tema.

1.6. Registos de Enfermagem

O exercício de enfermagem caracteriza-se por ser uma actividade dinâmica, que

envolve troca de informações e, por essa razão, mobiliza diariamente grandes volumes de informação. Todo este processo envolve dois elementos essenciais:

- A comunicação escrita.
- A comunicação verbal.

A comunicação oral e escrita representam para a profissão poderosos instrumentos de trabalho.

A comunicação escrita (registos de enfermagem), ocupa um papel crucial no trabalho de enfermagem. A documentação em enfermagem constitui um elemento importante para a avaliação das actividades realizadas, porquanto sustenta a continuidade dos cuidados.

Segundo DU GAS (1984), os registos representam a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua dos acontecimentos ocorridos durante um período de tempo.

Segundo os dados históricos, a primeira prova documentada sobre registos de cuidados data do século XVIII, quando HOWARD e FRY descreveram a qualidade dos cuidados prestados ao doente no hospital que visitaram (SALE, 1998).

NIGHTINGALE (1820-1910), quando trata os feridos na Guerra da Crimeia (1853-1856), já relata que a documentação das informações relativas ao doente é de crucial importância para a continuidade dos cuidados ao doente, em principio no que se refere ao atendimento de enfermagem. É clássica a frase de NIGHTINGALE, quando observa a importância dos registos de saúde:

“Na tentativa de chegar à verdade, eu tenho buscado, em todos os locais, informações; mas, em raras ocasiões eu tenho obtido os registos hospitalares possíveis de serem usados para comparações. Estes registos poderiam nos mostrar como o dinheiro tem sido usado, o quê de bom foi realmente feito com ele (...).” (SALE, 1998:14).

Os registos, ou documentação de enfermagem, trazem visibilidade para a profissão de enfermagem. É *“Necessário revelar à sociedade (...) do como e do porquê a enfermagem é indispensável para os cuidados de saúde (...).”* (BURESH e GORDON, 2005:31).

As autoras frisam a importância do enfermeiro mostrar o que faz, quer ao público em geral, quer aos políticos e governantes em particular, pois só assim a enfermagem pode influenciar decisivamente os cuidados de saúde. Argumentam:

“Outro aspecto do dilema da comunicação (...) para as enfermeiras é a falta de compreensão que o público tem do trabalho de enfermagem. Embora a prática médica seja bastante diversificada, a maioria das pessoas sente que sabe o que os médicos fazem (...). Paradoxalmente, o público tem as enfermeiras em muito boa conta, mas faz pouca ideia do que estas realmente fazem. (...).” (BURESH e GORDON, 2005:33).

Partilhando da opinião das autoras, outros peritos da matéria enfatizam que enquanto o enfermeiro não documentar o seu trabalho não coloca em evidência o conhecimento, nem mostra o seu contributo para os cuidados de saúde.

BURESH e GORDAN (2005:38) insistem que o enfermeiro tem que dizer ao público o que faz e porque motivo o seu trabalho é importante. Têm que documentar as suas actividades para que as pessoas saibam que os enfermeiros mobilizam conhecimentos no desempenho do seu trabalho, os quais são imprescindíveis para a obtenção de bons resultados. Referem que:

“Os médicos são considerados o repositório do tipo de conhecimento e capacidades (...) A enfermagem não pode ser considerada uma profissão relevante para os cuidados de saúde se não for visível e se não exprimir as suas opiniões em todas as grandes questões que envolvam os cuidados de saúde contemporâneos (...).”

DU GAS (1984), afirma que a comunicação escrita é o veículo de comunicação entre os profissionais que participam na produção de cuidados. A partir dos registos é possível determinar quais são as acções eficazes e quais as que não são. Na presença dos registos o enfermeiro pode julgar as intervenções executadas e reformular o plano de cuidados, se necessário.

Na literatura consultada encontram-se autores que defendem o registo como um procedimento que contribui quer para identificar a responsabilidade do enfermeiro pelos seus actos, quer para a obtenção de dados para trabalhos de investigação.

Para DANIEL (1981:91), o registo de enfermagem é importante porque permite:

“...relatar por escrito as observações do paciente ou cliente; contribuir com informações para fazer o plano de cuidados de enfermagem; servir de elementos para pesquisa; fornecer elementos para auditoria de enfermagem; servir para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados; servir como fonte para a aprendizagem.”

Para DU GAS (1984), a documentação de enfermagem é capital porque permite ao enfermeiro transmitir as seguintes categorias de informações:

- As atitudes terapêuticas realizadas pelos diversos membros da equipa de saúde.
- As atitudes terapêuticas prescritas pelo médico e executadas pelo enfermeiro.
- Procedimentos de enfermagem (intervenções autónomas).
- O comportamento e outras observações relativas ao doente, consideradas importantes para o cuidar.

DANIEL (1981:40) explica que o registo das informações é basilar para a realização de estudos futuros, isto é, para o desenvolvimento de investigações. Também salienta que é um documento legal, que comprova que o doente recebeu cuidados e protege o profissional de eventuais problemas legais que possam ocorrer. Menciona

ainda que:

“...a conduta do profissional de enfermagem, por sua natureza, permite e requer formalização, o que é realizado principalmente, através dos registos no processo clínico do doente. Sua falta a maioria das vezes, dificulta o exercício da protecção dos seus direitos, quer administrativa, quer judicialmente.”

Esta opinião é partilhada pelos diferentes autores, os quais aludem que, do ponto de vista legal, se um acontecimento/actividade não está registado, significa que não ocorreu ou não foi praticado. Sublinham que a ausência de registos pode ser reputada como negligência, imprevidência ou ocultação.

Para a grande maioria dos autores consultados o enfermeiro só pode ter uma actuação científica, e não empírica e rotineira, se tiver por base dados exactos, concretos, organizados e registados.

KRON (1989:302) clarifica que: *“uma das finalidades das prescrições de enfermagem escritas é a comunicação com o pessoal de enfermagem relativamente às medidas de enfermagem que foram seleccionadas para ajudar o paciente a resolver certos problemas (...).”*

Os registos possibilitam ao enfermeiro conhecer os problemas do doente, assim como observar as variações da sua situação ao longo do tempo. Representam, assim, uma axiomática fonte de informação para a organização e avaliação do trabalho de enfermagem. É também um importante instrumento de comunicação entre o enfermeiro e a equipa de saúde envolvida na produção de cuidados, favorecendo a troca de ideias e de experiências de dados sobre o doente.

No entanto, segundo os resultados dos vários estudos feitos sobre os registos em suporte de papel, foi detectado: muitas omissões; dificuldades na compreensão do conteúdo associadas quer à caligrafia, quer à linguagem utilizada; inexistência de

registos sobre procedimentos, sobre estratégias terapêuticas delineadas e efectivadas na resolução dos problemas; sobre o comportamento do doente (sentimentos e percepções), entre outras.

Conforme expresso por DICK e STEEN (1991), citados por GOOSSEN (2000:9), os registos em suporte de papel apresentam vários problemas: *“problemas de conteúdo: falta de dados, dados excessivos ou redundantes, falta de racionalidade; problemas de formato: difícil lidar com vários problemas durante um longo período; problemas de acessibilidade, disponibilidade e de recuperação (...).”*

No seu estudo, KLEMANN (1994), citado por GOOSSEN (2000:9), encontrou os mesmos problemas na documentação de enfermagem em suporte de papel de um hospital psiquiátrico holandês: *“difículdade em encontrar informação nos registos; desactualização dos planos de cuidados individuais; impossibilidade de relatar numa estrutura orientada para os problemas; consumo de muito tempo a avaliar cuidados baseados em registos escritos; letra difícil dos profissionais”*.

Segundo GOOSSEN (2000:7), os registos foram e são muito importantes para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente, contudo, na actualidade, devido à complexidade dos cuidados de saúde, sucede que *“...necessitamos de registar e comunicar mais dados, temos de controlar mais problemas de doentes e mais cuidados, e prestamos cuidados de maior complexidade. É aqui que o computador dá uma grande ajuda (...).”*

Para o autor *“...está a tornar-se muito importante para a profissão de enfermagem em todo o mundo, tornar visível o contributo dos enfermeiros para os cuidados de saúde. Para tornar visível a prestação de cuidados poderá ser vantajosa uma base de dados poderosa, ainda que limitada e muitas vezes promovida como resumo mínimo de dados (RME) (WERLEY e LANG, 1988; WERLEY et. al. 1991; ZIELSTORFF et. al. 1993).”*

A elaboração de um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) é importante para a construção de indicadores específicos do exercício de enfermagem, essencialmente no que se reporta aos resultados.

Segundo GOOSSEN (2000:17-18) “ *O resumo Mínimo de dados inclui aqueles itens específicos de informação que são utilizados de forma regular pela maioria dos enfermeiros, em todos os locais de prestação de cuidados. (...)*.”

WERLEY, *et al.* (1991), mencionados por PAIVA (2000:239) definiram RMDE como:

“O conjunto mínimo de itens de informação referentes a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai de encontro às necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde. Aqueles itens e aquelas categorias constituem-se como “blocos semânticos” a partir dos quais a produção de indicadores fica viabilizada.”

Vários países estão envolvidos na criação de um RMDE, nomeadamente a Austrália e a Suíça, entre outros. O projecto *Telenurse*, financiado pela União Europeia, contém elementos para o desenvolvimento de um RMDE (GOOSSEN, 2000:21). Para o autor, os benefícios de um RMDE para a profissão de enfermagem são:

- *“Descrever problemas do utente, as intervenções de enfermagem, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, recursos de enfermagem dos diferentes locais, populações de utentes, áreas geográficas e tempo.*
- *Comparar a prática de enfermagem a diferentes níveis, dar testemunho sobre questões de enfermagem, desenvolver bases de dados necessárias para conduzir investigação, apreciação custo-eficácia das intervenções de enfermagem.*
- *Apreciar os custos dos recursos de enfermagem e fornecer dados para influenciar as decisões de política de saúde.*
- *Partilhar dados com vários prestadores de cuidados de saúde e investigadores.”*

Na mesma linha de raciocínio encontra-se o grupo de investigadores de enfermagem responsáveis pelo projecto de investigação na área dos RMDE (2003)⁵.

Na sua óptica o RMDE:

“...RMDE sublinha uma mudança de paradigma relativamente à problemática da visibilidade das práticas de enfermagem. A mudança a que nos referimos, e que reportamos como fundamental, sublinha uma alteração dos discursos, até então alicerçados na necessidade de “dar visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem”, porque o que fazem é muito (...) para a emergência da necessidade de “dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem (...).”

Outro dos aspectos essenciais deste processo liga-se com a necessidade de se definir intervenções de enfermagem que viabilizem os ganhos em saúde, para que seja possível garantir que os resultados verificados sejam atribuíveis/sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2004:19).

Para a OE (2005), o RMDE afigura-se importante para a produção automática de indicadores, para a tomada de decisão, para a formação e para a investigação.

Deste modo, para a bastonária da OE, e em conformidade com as directrizes do ICN, os RMDE devem incluir os seguintes dados (OE, 2005:50):

- *“Diagnósticos / Fenómenos de Enfermagem.*
- *Intervenções de Enfermagem.*
- *Resultados de Enfermagem.*
- *Intensidade dos Cuidados de Enfermagem.*
- *Dados demográficos dos utentes.*
- *Elementos de natureza clínico-administrativa.”*

⁵ Pesquisa efectuada por um grupo de investigadores em enfermagem, da Unidade de Investigação & desenvolvimento em sistemas de Informação de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João, e a Administração regional de saúde do Norte (ARS-Norte) com a colaboração do Instituto de gestão Informática e Financeira (IGIF – Norte) do Ministério da Saúde no ano de 2003.

Deste modo, a ligação dos SIE à interface SONHO no sistema de rede informática hospitalar, desenhado pelo IGIF, possibilitará a comparação dos dados de enfermagem com outras realidades da área da saúde. Por outro lado, a inclusão da linguagem CIPE e a criação dos RMDE, facilitarão a comparação dos dados de enfermagem a nível internacional.

No campo dos registos de enfermagem, o processo de enfermagem é apontado como um instrumento que permite ao enfermeiro comunicar os cuidados prestados. A recolha de informações através do processo de enfermagem, e o seu registo sistemático, permite ao enfermeiro identificar os problemas / necessidades de saúde específicos das pessoas.

A concepção e implementação dos SIE como instrumento de apoio à actividade dos profissionais de enfermagem vêm, deste modo, colmatar estas dificuldades resultantes do registo em suporte de papel, conforme expresso por GOOSSEN (2000:9):

“O SIE (...) ajudam os enfermeiros quando prestam, registam, administram e avaliam cuidados de enfermagem a utentes e às famílias. O SIE pode comunicar dados do utente e cuidados de enfermagem a outros departamentos e a outras instituições (ZIELSTORFF, HUDGINGS and GROBE, 1993; GROBE, EPPING and GOOSEN, 1997), (...).”

Uma questão importante na execução dos registos apontada pelos diferentes autores estudados é a utilização de uma linguagem padronizada, que facilite a compreensão dos conteúdos escritos, e evite erros de compreensão. A linguagem padronizada emerge como outro dos contributos importantes da adopção dos SIE na *praxis* de enfermagem.

Segundo GOOSSEN (2000:15):

“Para comunicarmos eficazmente uns com os outros, utilizando registos electrónicos do utente, temos necessidade de

uma terminologia comum de cuidados de saúde. [...] A utilização da terminologia de enfermagem e de classificações em registos electrónicos de utentes pode contribuir para facilitar e uniformizar a colheita de dados dos enfermeiros. Assim, os registos electrónicos de utentes que incluem dados de enfermagem provarão ser um recurso valioso para a enfermagem e para as políticas de saúde e investigação. (...).”

MARIN (1995) considera que no desenvolvimento dos SI computadorizados algumas das etapas ficam prejudicadas pela inexistência de uma linguagem uniforme que possa descrever as acções de enfermagem. Acrescenta que é indispensável desenvolver um padrão uniforme para descrever a prática de enfermagem, a fim de mais facilmente se identificar os resultados dos cuidados de enfermagem praticados. Considera vital o desenvolvimento de um padrão de vocabulário único para fins de armazenamento de informação de enfermagem na base de dados.

Essa preocupação criou a necessidade de uma classificação de termos de enfermagem que proporcionassem uma nomenclatura que descrevesse e organizasse os fenómenos de enfermagem. Tal facto levou representantes de enfermagem de todo o mundo a realizarem vários encontros e conferências, no sentido de chegarem a um consenso sobre a elaboração de uma classificação internacional para a prática de enfermagem, o que veio a ocorrer em 1989.

Pode-se constatar, assim, a importância dos registos para a enfermagem. O desenvolvimento da linguagem CIPE é de facto determinante para a informatização das actividades de enfermagem. O desenvolvimento dos conteúdos do programa SAPE por enfermeiros portugueses com base na linguagem CIPE, poderá tornar-se na grande oportunidade de a enfermagem desenvolver-se enquanto disciplina e estar em consonância com o mundo da tecnologia.

A realidade do mundo actual é um mundo tecnológico. A tecnologia entrou no universo organizacional e operou mudanças.

Não obstante todos estes potenciais contributos da adopção dos SIE na prática

de enfermagem, alguns autores sustentam que não se evoluiu tanto como se pretende mostrar, porquanto existe uma prática muito rotineira e tradicional, baseada sobretudo nos hábitos adquiridos ao longo dos anos, a qual se revela pouco consentânea com as potencialidades dos SI na organização.

Realçam que apesar da introdução dos sistemas informáticos, o enfermeiro continua a desenvolver uma enfermagem assente no modelo biomédico e a manter no contexto de trabalho uma posição de executores das prescrições médicas.

Vivendo próximo desta realidade, tal problema levou-nos a questionar: qual seria o significado e alcance dos sistemas de informação, essencialmente o SCD/E e o SAPE [CIPE], (sistemas mais utilizados nos hospitais portugueses), para os cuidados de enfermagem?

Como e em que contribuem para a prestação de melhores cuidados de enfermagem ao doente/família/sociedade?

De entre outras, estas são algumas das questões para as quais se procurou encontrar respostas, no trabalho de campo. Optou-se por estudar o sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), por serem, como já mencionado os sistemas mais utilizados nos hospitais portugueses.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

2.1. Questões de investigação

Tendo em vista o propósito deste estudo, procurou-se identificar os impactos dos SI: Sistema de Classificação de Doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem (SCD/E) e o Sistema de apoio à prática de enfermagem com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (SAPE – [CIPE]), nas organizações hospitalares. Para isso, pretende-se responder à seguinte questão de investigação:

- Quais são os impactos associados à adopção dos sistemas de informação em enfermagem SCD/E e SAPE [CIPE], com base no modelo processo de enfermagem, para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão?

2.2. Objectivos de Estudo – Geral e Específico

2.2.1. Geral

- Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os impactos dos SIE: SCD/E; SAPE – [CIPE] para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão, e as mudanças que estes sistemas de informação provocaram no sector.

2.2.2. Específico

- Identificar os impactos da adopção dos SIE na prática de enfermagem.
- Identificar os impactos da adopção dos SIE na gestão.
- Identificar os impactos da adopção dos SIE na profissão.
- Conhecer as mudanças decorrentes da adopção dos SIE na prática de enfermagem, na gestão e na profissão.

2.3. Justificação e Delimitação do Estudo

A opção por um estudo associado à área da informática em enfermagem e, em especial, aos impactos dos SIE no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem, tem subjacentes motivações de natureza pessoal e de actualidade da temática.

A experiência profissional da autora deste estudo, como enfermeira prestadora de cuidados, despertou o seu interesse para o conhecimento dos contributos dos sistemas de informação, sobretudo o SCD/E e o SAPE, com base na linguagem CIPE, por serem estes os mais utilizados nas instituições hospitalares do país.

A adopção do sistema SAPE [CIPE] para o sector de enfermagem é uma das directivas da Ordem dos Enfermeiros. Pretende-se que a médio prazo o sistema esteja implementado nos contextos de trabalho de enfermagem.

A informatização dos diversos sectores da sociedade não poderia passar despercebida ao sector de enfermagem. O enfermeiro, no dia-a-dia de trabalho, ocupa grande parte do seu tempo com cuidados indirectos; algum desse tempo poderia ser utilizado pelo enfermeiro para a prestação de cuidados, para estar junto do doente/família e para outras actividades, como por exemplo a investigação e a formação, entre outras.

Por outro lado, constatou-se que os enfermeiros executam muitas actividades, porém, não as registam, o que não permite dar visibilidade do seu trabalho a outros agentes organizacionais, a governantes e ao público em geral.

A dificuldade em registar os actos de enfermagem é notória. Os registos que se efectuam são geralmente extensos e pouco informam sobre as actividades de enfermagem, além de que a linguagem utilizada nem sempre é a mais adequada.

A necessidade de se obter registos escritos numa linguagem científica que todos entendam, que foque as actividades de enfermagem e que permita comparar dados entre realidades diferentes, levou enfermeiros de todo o mundo a dedicarem-se ao estudo de

uma linguagem universal que retratasse o trabalho de enfermagem.

Desse movimento surgiu o sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, que abarca os três elementos essenciais da prática de enfermagem: os diagnósticos de enfermagem, as intervenções / acções de enfermagem e os resultados de enfermagem.

A própria carreira de enfermagem determina uma prática alicerçada numa metodologia científica de trabalho, representada no modelo processo de enfermagem.

Os sistemas de informação: SCD/E e o SAPE [CIPE] têm na base o processo de enfermagem, daí o seu interesse para o sector.

Estes instrumentos foram pensados e architectados por enfermeiros portugueses. Por essa razão estão adaptados à realidade portuguesa e estão direccionados para as actividades de enfermagem.

A informatização dos serviços de saúde é uma realidade. O facto de os enfermeiros poderem dispor de um sistema informatizado, que abarca as actividades de enfermagem e que tem na base a linguagem CIPE e o modelo processo de enfermagem, é indubitavelmente uma mais valia.

O SCD/E é um sistema mais direccionado para a gestão, no entanto, também está alicerçado no processo de enfermagem e num futuro próximo o IGIF pretende que seja integrado num sistema informático.

Não querendo ficar distante da realidade, e procurando acompanhar a evolução dos acontecimentos, é nossa intenção estudar quais são os impactos destes sistemas na prática de enfermagem.

Por essa razão julga-se importante conhecer os impactos dos SIE na actividade profissional dos enfermeiros, os impactos na gestão e os impactos na profissão, a partir das percepções destes profissionais. Propõe-se, então, realizar um estudo de caso, analisando cinco unidades hospitalares que se encontram a aplicar estes sistemas.

O estudo é baseado na avaliação de dois instrumentos de trabalho: o SCD/E e o SAPE – [CIPE]. Teve como base o levantamento das opiniões dos enfermeiros chefes e dos enfermeiros prestadores de cuidados utilizadores destes dois sistemas de informação.

2.4. Variáveis

2.4.1. Variável independente

As variáveis independentes do estudo são os sistemas de informação em enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE].

2.4.2. Variáveis Dependentes

Definiu-se como variáveis dependentes:

- Organização do trabalho
- Prática de enfermagem
- Campo relacional
- Campo do desenvolvimento profissional
- Campo organizacional
- Campo da autonomia / responsabilidade profissional

Destas variáveis emergiram as questões do inquérito por questionário e as categorias nas quais incidirá a análise quantitativa e qualitativa do estudo.

No Quadro 2, a seguir representado, descrevem-se as variáveis dependentes do estudo na óptica da pesquisa.

Quadro 2. Descrição das variáveis dependentes do estudo

Organização do trabalho	Pretendeu-se identificar o método de trabalho praticado.
Prática de enfermagem	Pretendeu-se conhecer a influência dos sistemas SCD/E E SAPE [CIPE], com base no modelo processo de enfermagem na prática de enfermagem no que respeita as etapas: avaliação, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.
	Conhecer as consequências da construção e utilização do plano de cuidados.
	Conhecer a influência dos sistemas na área de intervenção de enfermagem.
	Conhecer a influência dos sistemas nos registos de enfermagem.
Campo relacional	Conhecer a influência dos sistemas na utilização de uma linguagem padronizada.
Campo desenvolvimento profissional	Procurou-se conhecer a influência dos sistemas no campo relacional: interacção enfermeiro/doente/família.
Campo Organizacional	Procurou-se conhecer a influência dos sistemas no campo do desenvolvimento profissional no que respeita à formação em serviço, à formação contínua/actualização e no campo da investigação.
Campo da autonomia/responsabilidade profissional	Procura-se conhecer a influência dos sistemas no campo da comunicação e gestão organizacional: tipo de gestão praticada; canais de comunicação organizacional, comunicação estabelecida entre os enfermeiros e entre estes e os outros agentes organizacionais, partilha de informação, partilha de experiências, articulação entre serviços e entre instituições de saúde.
Contributos/ consequências dos sistemas para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão	Procura-se conhecer a influência dos sistemas na autonomia / responsabilidade profissional dos enfermeiros.
	Procurou-se identificar as vantagens e as desvantagens dos sistemas de informação para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão.

2.5. Tipo de Estudo

Os objectivos do estudo determinam o método, o tipo de estudo e a estratégia da pesquisa a ser aplicada.

Optou-se por um estudo exploratório e descritivo. Uma pesquisa exploratória é *“...desenvolvida com o objectivo de proporcionar uma visão geral, acerca de um determinado facto. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.”* (GIL, 1999:40).

Trata-se de um estudo qualitativo no qual se privilegia o método estudo de caso

de tipo descritivo¹.

Para GIL (1999:43), o estudo de caso revela-se adequado quando se encara a análise qualitativa numa lógica exploratória, e não tanto numa lógica de verificação de hipóteses preexistentes. De acordo com GIL (1999:72) *“o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante outros tipos de delineamentos considerados.”*

Na opinião de outros autores (MARTINS, 2000; YIN, 2003), o estudo de caso é o método mais adequado neste tipo de estudos por reunir informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível, com o objectivo de apreender a totalidade de um fenómeno. A este respeito escreveu YIN (2003:19): *“ (...) em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida (...) quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.”*

O estudo de caso não tem por finalidade a verificação de hipóteses, mas um exame completo duma faceta da realidade, de um resultado ou de acontecimentos, oferecendo, assim, uma perspectiva multidimensional, onde vários tipos de inferências podem ser realizadas, não se pretendendo, contudo, que as conclusões sejam generalizáveis.

Pode-se, considerar que o estudo de caso é recomendável nas situações em que se pretende estudar e conhecer melhor uma realidade. O método de estudo de caso possibilita, assim, a compreensão de fenómenos subjacentes e as suas manifestações, o que se julga adequado para o presente trabalho.

As razões desta opção prendem-se com o facto de, em primeiro lugar, se ter em conta que se trata de uma situação circunscrita contextual e temporalmente, que permite captar a subjectividade das percepções dos enfermeiros sujeitos do estudo e, em segundo lugar, por se privilegiar a experiência das vivências quotidianas dos

¹ YIN distingue entre estudos de caso de tipo exploratório, descritivo e explanatório. “...estudo de caso exploratório, tem como objectivo o desenvolvimento de hipóteses e proposições pertinentes a inquirições adicionais. Estudo de caso descritivo quando o objectivo da pesquisa for descrever a incidência ou a predominância de um fenómeno no seu contexto real. Estudo de caso explanatório quando o objectivo da pesquisa for estabelecer relações de causa-efeito. Explicar quais as causas que produziram tais efeitos. (YIN, 2003: 21-26).

enfermeiros na aplicação dos SIE no contexto das práticas, nas organizações hospitalares “piloto” no domínio da implementação destas tecnologias de informação em enfermagem, o SCD/E e SAPE [CIPE].

Importa realçar que se trata de iniciativas ainda incipientes a funcionar somente em algumas unidades de internamento hospitalar localizadas em alguns hospitais portugueses. Portanto, não se pretende neste estudo produzir proposições definitivas sobre o assunto; as evidências que porventura forem apresentadas servirão como fonte de reflexão para trabalhos futuros. O que na realidade se propõe é descrever e analisar, num dado momento, os resultados operacionais resultantes do processo de aplicação dos SIE nas práticas dos profissionais de enfermagem e nas respectivas unidades de internamento hospitalar, com base na percepção de pessoas envolvidas no processo e que foram inquiridas.

Quanto aos pontos fracos deste método, destacam-se as limitações à generalização dos resultados. Mas para YIN (2003:22) nenhuma investigação pode ser generalizável a partir de um único estudo. O autor sublinha que:

“...na verdade, factos científicos raramente se baseiam em experiências únicas; baseiam-se em geral, em um conjunto múltiplo de experiências que repetiram o mesmo fenómeno sob condições diferentes. Pode-se utilizar a mesma técnica com estudos de casos múltiplos. (...) É que os estudos de caso, da mesma maneira que as investigações experimentais, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos. (...) O seu objectivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística).”

Como afirma LIMA (1985:397):

“Nestas circunstâncias, porém, o que está em jogo não é a capacidade de generalização (e nunca de um ponto de vista estatístico-inferencial) mas sim a transferibilidade a partir do

caso analisado, e sujeita obviamente a diferentes critérios, dos quais a avaliação/comparação entre o caso estudado e outros casos fica, em boa parte na mão de terceiros detentores de ambas as informações.”

Outra das críticas apontadas ao estudo de caso é a resposta do investigador, que julga ter a certeza sobre as suas próprias conclusões. Nesta situação, as percepções do investigador podem condicionar os resultados finais, sendo, por isso, maiores os riscos de enviesamento. Segundo GOODE e HATT (1967) citado por BRESSAN (2000:4):

“...cada caso desenvolvido como uma unidade assume dimensões completas na mente do investigador. (...) Isso significa que o sentimento de certeza do investigador é muito maior do que nos outros métodos e isto poderá levá-lo a ignorar os princípios básicos do projecto de investigação e o resultado é, naturalmente, uma grande tentação de extrapolar os resultados sem garantia.”

Porém, na opinião destes autores, e de YIN (2003), estes problemas são contornáveis se o investigador tomar, entre outras, algumas das seguintes medidas:

- Desenvolver um projecto de pesquisa que contemple estes constrangimentos. Em relação às percepções do investigador, pode recorrer a um padrão de amostra apropriado pois *“sabendo que a sua amostra é boa, ele tem uma base racional para fazer estimativas sobre o universo do qual ela é extraída”* (GOODE e HATT, 1989), apud BRESSAN, 2000:4).
- Ao fazer as generalizações, em vez de fazê-las para populações ou universos, fazê-las em relação às preposições teóricas. (YIN, 2003).

Esta abordagem metodológica, ao permitir a utilização de diferentes técnicas e instrumentos metodológicos, definida pela conferência de Cambridge, em 1976, como *“case study is an umbrella term for a family of research methods having in common the decision to focus na inquiry round na instance”* (BELL, et al., 1984:94), sob o qual se abriga uma família de métodos de investigação, revelou-se adequada para o estudo em causa.

No presente estudo foi efectuada, ainda, a análise de conteúdo às respostas dos respondentes às questões abertas do inquérito por questionário e às respostas dos entrevistados às perguntas que constituíam a entrevista. Das respostas analisadas extraíram-se categorias e núcleos de significado.

2.6. Locais do Estudo

O trabalho foi desenvolvido em cinco unidades hospitalares:

- Região Norte: Hospital Padre Américo (Penafiel), Hospital Pedro Hispano (Matosinhos), Hospital de São João (Porto) e Escola Superior de Enfermagem S. João do Porto.
- Região Centro: Hospital de Tomar (Tomar).
- Região de Lisboa e Vale do Tejo: Hospital da Cuf-Descobertas e Instituto de Gestão e Informática da Saúde.

Os hospitais: Padre Américo (Penafiel), Pedro Hispano (Matosinhos), Hospital São João (Porto) e Cuf-Descobertas (Lisboa), estão a aplicar o sistema de informação em enfermagem SAPE [CIPE] e o hospital de Tomar o sistema de informação em enfermagem SCD/E.

Relativamente à Escola Superior de Enfermagem São João do Porto, está a coordenar, em parceria com o IGIF da Região Norte, a implementação do SIE: SAPE [CIPE] nos hospitais portugueses.

Quanto ao IGIF da Região de Lisboa e Vale do Tejo, é responsável pela coordenação da implementação do SCD/E nos hospitais portugueses.

O estudo decorreu nos serviços de medicina dos respectivos hospitais.

Decidiu-se pelos serviços de medicina porque foi nestes departamentos que a concepção e implementação destes programas teve início, com excepção do hospital de S. João, que iniciou o projecto-piloto na Unidade de Cuidados Intermédios de Cardiologia. Contudo, a fim de garantir a homogeneidade do estudo em termos de

resultados, circunscreveu-se o estudo à unidade de medicina do referido hospital. Tal facto permitia-nos garantir a consistência dos resultados obtidos. Não se pretende, com isto, sugerir que se trata de um “caso único”, ou seja, que reúne todas as características consideradas pertinentes do fenómeno em análise. Admite-se a singularidade das unidades em que se desenvolveu o trabalho, mas, simultaneamente, pressupõe-se que estas unidades partilham um conjunto de características com o conjunto de hospitais que ocupam o mesmo sector societal, aspecto reforçado pelo facto de, em Portugal, o Estado dispor da prerrogativa de coordenar, promover e apoiar o lançamento de sistemas tecnológicos nos hospitais SA, através do IGIF. De realçar que os hospitais SA (passados a EPE a partir de Janeiro de 2006) desenvolveram, em parceria com o IGIF, os programas de concepção e implementação dos sistemas de apoio aos profissionais de enfermagem, SAPE, e o SCD/E, cuja “espinha dorsal” (forma) é igual para todas as unidades de internamento, mudando os conteúdos de acordo com as especificidades de contexto de cada unidade hospitalar, definidas pelos profissionais de enfermagem que aí trabalham.

2.7. Sujeitos do Estudo

Foram incluídos como sujeitos do estudo todos os profissionais de enfermagem que trabalhavam com os sistemas de informação em enfermagem em apreciação, o SCD/E e o SAPE [CIPE], e os enfermeiros chefes das unidades de internamento de medicina.

Ainda participaram no estudo uma enfermeira coordenadora do projecto de implementação do SCD/E do IGIF, da Região de Lisboa e Vale do Tejo, e um enfermeiro, professor auxiliar da Escola Superior de Enfermagem São João do Porto, responsável pela coordenação do projecto de implementação do SAPE [CIPE] em parceria com o IGIF da Região Norte.

A presente investigação teve como método de selecção da amostra o método não probabilístico. Optou-se por uma amostragem intencional. STRUBERT e CARPENTER (2002:66) referem a esse respeito:

“Este método de seleccionar indivíduos para participarem no

estudo baseia-se no seu conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento. A lógica e o poder da amostra intencional estão na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos em informação são aqueles que a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação, daí o termo amostra intencional (...).”

Alguns autores dizem que a limitação deste tipo de amostragem é não ser representativa do universo, todavia, para este estudo de caso, não é pertinente procurar constituir uma amostra “representativa” da população, uma vez que não se pretende efectuar inferências globais.

A técnica de saturação de dados foi utilizada como critério para finalizar a recolha de informação. A selecção foi pautada, sobretudo, pela preocupação de assegurar uma diversidade de pessoas inquiridas, de forma a integrar os enfermeiros com diferentes níveis de experiência na concepção, implementação e utilização dos SIE em apreciação.

Os critérios que estiveram na base da selecção dos sujeitos da amostra foram:

- Trabalhar com os sistemas de informação em enfermagem SCD/E e o SAPE [CIPE], pelo menos há um ano.
- Ser enfermeiro Chefe e trabalhar com os sistemas de informação em enfermagem SCD/E e SAPE [CIPE], pelo menos há um ano.
- Exercer funções no serviço de internamento de medicina.
- Querer participar no estudo.

Constituiu também critério de selecção da população do estudo, as características comuns entre as instituições hospitalares, todas a utilizar os sistemas de informação em enfermagem, o SCD/E ou o SAPE [CIPE], pelo menos há um ano nas unidades de internamento de medicina.

2.8. Instrumentos de Recolha de Informação

Os dados que serviram de base ao nosso estudo foram obtidos através de inquérito por questionário (apêndice I) e através de entrevista semi-estruturada (anexo 2).

2.8.1. Inquérito por Questionário

O inquérito por questionário construído adopta questões abertas e questões fechadas.

A opção por este tipo de construção foi baseada no pressuposto de que dessa forma se obtinha uma informação mais rica. Outro dos factores que se teve em conta na elaboração do inquérito por questionário com este tipo de estrutura foi tornar o instrumento menos directivo, o que lhe confere alguma flexibilidade no que respeita à liberdade de expressão dos inquiridos. Por outro lado, a existência de questões abertas é importante, ao ter em conta o tipo de informação que se pretendia recolher. Como refere VALA (1986:102):

“Numa investigação por questionário, a análise de conteúdo é particularmente útil (...) sempre que o investigador não se sente apto para antecipar todas as categorias ou formas de expressão que possam assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados, recorrerá a perguntas sendo as respostas sujeitas a análise de conteúdo”.

GHIGLIONE e MATALON (1993:128-129) também apontaram um conjunto de vantagens acerca deste assunto. Para os autores, na elaboração do inquérito por questionário, a introdução de questões abertas permite reduzir estados de irritabilidade: *“Algumas pessoas podem também irritar-se ao ver que não as deixam exprimir-se livremente à sua maneira e ter a impressão que estão a ser manipuladas, por lhes ser imposta a permanência num quadro que consideram inadequado.”*

Por outro lado, um *“...questionário totalmente fechado, sobretudo se for longo,*

torna-se rapidamente fastidioso (...). Introduzindo algumas questões abertas, dar-se-á à pessoa a impressão justificada ou não, de que de facto está a ser ouvida. Além disso estas questões podem servir de apoio a quem interpreta os resultados.” (Ibidem:128-129).

Na construção do questionário houve a consciência de que a opção entre questões abertas e questões fechadas não é simples. Se, por um lado, as questões fechadas limitam as possibilidades de resposta ao inquirido, “obrigando-o” a encaixar-se nas alternativas que lhe são proporcionadas, por outro lado, as questões abertas podem levar o inquirido, por comodismo, a dar a resposta sem ponderar de forma adequada outras alternativas. Uma lista de respostas pode levar o inquirido a considerar alternativas que de forma espontânea não lhe teriam ocorrido. Contudo, qualquer das opções tem vantagens e inconvenientes que é necessário ponderar de forma adequada.

Na elaboração deste instrumento procura-se contemplar a sugestão de LIMA (1987:44): “...o tempo gasto no planeamento é tempo ganho nas fases finais em que se apuram e se expõem os resultados.”

O questionário foi elaborado especificamente para este estudo, tendo por base os objectivos propostos no trabalho e a informação recolhida na consulta bibliográfica e estudos realizados anteriormente sobre o tema.

A construção do questionário desenvolveu-se em três momentos. No primeiro momento procedeu-se ao levantamento da informação relevante sobre o tema. No segundo momento, com o objectivo de adaptar o instrumento de recolha de dados à população definitiva, procedeu-se à sua validação, antes de o aplicar, através da realização de um pré-teste que se desenvolveu em duas fases distintas. Na primeira fase, solicitou-se a uma enfermeira que trabalhou com estes sistemas de informação que, na nossa presença, preenchesse o questionário e nos fosse relatando as suas impressões acerca de cada uma das questões, ao mesmo tempo que medíamos o tempo necessário ao seu preenchimento. Na segunda fase aplicou-se o questionário a uma amostra seleccionada de um grupo de enfermeiros utilizadores dos SIE com as mesmas características às da população do estudo. Foi novamente pedido que registassem, junto de cada questão, as dificuldades sentidas, o tempo de preenchimento, possíveis dúvidas,

sugestões e opinião geral em relação ao documento. Deste processo resultou a exclusão de algumas questões que não foram respondidas pela maioria dos inquiridos e a alteração na redacção de outras consideradas menos claras.

O questionário é então constituído por 29 questões, ordenadas através de uma escala tipo Likert no caso das respostas fechadas e por 4 questões abertas. (Apêndice I).

Para cada item existem 5 opções de respostas possíveis: “Discordo totalmente”, “Discordo parcialmente”, “Não concordo nem discordo” e “Concordo totalmente”.

No Quadro 3 apresenta-se as dimensões a analisar, de acordo com os objectivos do estudo, assim como a estrutura dos questionários.

Quadro 3 – Dimensões do questionário

Dimensões	Questões	Itens
Impacto do SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	Os SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] promovem um exercício profissional baseado na ciência distanciando-o do empirismo.	1
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem incentivam o enfermeiro a planear o seu trabalho.	
	Os SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] influenciam o desenvolvimento da autonomia profissional.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem contribuem para a uniformização dos cuidados de enfermagem.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem ao implementar os planos tipo e os manuais de cuidados contribuem para a mecanização do trabalho de enfermagem	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem contribuem para evitar omissões no cumprimento das actividades planeadas.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem contribuem para evitar omissões na transmissão da informação.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem facilitam a interpretação e uniformização dos registos.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem reflecte-se na redução do tempo do enfermeiro a registar.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem influenciam a atenção do enfermeiro para as necessidades do doente e não para a doença.	
	. A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem incrementam o hábito de reflectir sobre as práticas e por conseguinte a introdução de medidas correctivas.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem fomentam o desenvolvimento das capacidades de raciocínio do enfermeiro.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem proporcionam ao enfermeiro maior der de decisão.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem contribuem para a visibilidade do trabalho dos enfermeiros.	
	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem induzem mudanças no exercício profissional de enfermagem.	
Impacto dos SCD/E e SAPE [CIPE] na	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem proporcionam a comunicação/Discussão entre os enfermeiros.	2

comunicação/informação/relação.	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem promovem a comunicação entre enfermeiros e outros profissionais da saúde. A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem melhoram a comunicação entre o Topo estratégico/Centro operacional. A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem traduzem uma maior interacção enfermeiro/doente. A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem traduzem uma menor disponibilidade do enfermeiro para o doente.	
Impacto dos SCD/E e SAPE [CIPE] na organização	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem incrementam mudanças no tipo de gesta praticado. O modelo de gestão praticado no serviço. A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem fomentam a participação do enfermeiro nas questões organizacionais. A introdução dos SIE: SCD/E (essencialmente) e SAPE [CIPE] facilitam a programação dos recursos humanos de enfermagem em função das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. A mobilidade é uma das medidas estratégicas adoptadas pelo vértice estratégico (Direcção de Enfermagem) para colmatar o défice dos recursos humanos de enfermagem nos serviços. Concorda com esta política?	3
Impacto dos SCD/E e SAPE [CIPE] no desenvolvimento profissional.	A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem influenciam o desenvolvimento profissional. A formação profissional é incentivada pelos enfermeiros chefes. A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] promovem a produção de investigação em enfermagem.	4
Contributos SCD/E e SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem. (Q.4.4)	- Definir o campo de intervenção de enfermagem. - Evidenciar as actividades específicas de enfermagem (visibilidade da profissão). - Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem executados. - Tomar decisões. - Obter indicadores de resultados dos cuidados prestados. - Aumento dos saberes de enfermagem. - Criar hábitos de discussão. - Criar o hábito de avaliar o trabalho realizado. - Criar hábito de reflexão das práticas - Criar hábitos de investigação.	5

2.8.2. Entrevista Semi-estruturada

Optou-se pela entrevista semi-estruturada, porque segundo o parecer de alguns autores é a que confere maior latitude na resposta ao entrevistado, embora todos os inquiridos estejam sujeitos às mesmas questões. Segundo os autores, neste tipo de entrevista, o entrevistador deve seguir um conjunto de questões definidas com antecedência, só que a sua realização ocorre num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Referem, ainda, que o entrevistador deve permanecer atento ao contexto da entrevista no decurso da mesma, quer para dirigir a discussão para o assunto em debate sempre que o entrevistado se distancie do tema, quer para introduzir questões adicionais elucidativas acerca dos pontos pouco claros. Este tipo de entrevista é, na perspectiva de BOURDIEU (1998), muito utilizado quando se quer delimitar o volume de informação, obter um maior direccionamento para o tema e intervir a fim de que os objectivos sejam alcançados. Na literatura especializada foram encontradas várias vantagens apontadas por diferentes autores sobre este instrumento de recolha de dados, entre as quais se destacam:

- Maior índice de respostas, uma vez que é comum a pessoa aceitar falar mais sobre determinados assuntos do que quando se recorre a outras técnicas, como por exemplo o inquérito por questionário.
- Maior proximidade e abertura entre os dois interlocutores, o que permite ao entrevistador falar de assuntos mais complexos e delicados, isto é, quanto menos estruturada for a entrevista, mais é favorecida a troca efectiva entre as duas partes. Por outro lado, ao favorecer as respostas espontâneas por parte do entrevistado ao entrevistador, devido ao grau de liberdade que lhe confere este tipo de abordagem, poderá fornecer a este último [entrevistador] informações de grande utilidade para o estudo, que não constava do guião.

Foram também encontradas algumas desvantagens na utilização deste instrumento, tais como:

- Limitações do próprio entrevistador, como por exemplo o factor

tempo.

- Questão relacionada com o anonimato do entrevistado, o que poderá levar a que este retenha informações importantes.

Nos seus livros “*A Miséria do Mundo*” e “*O Poder Simbólico*”, BOURDIEU fala de algumas regras importantes que o entrevistador deve considerar na realização da entrevista, entre as quais é de salientar:

- O entrevistador não deve esquecer que cada um dos entrevistados é um ser singular, com uma história de vida diferente, com uma existência singular.
- O entrevistado deve sentir que está a ser escutado, pelo que, durante a entrevista, o entrevistador deve enviar sinais como gestos, acenos de cabeça, olhares, que revelem a sua presença e a atenção para com o entrevistado.
- O entrevistador deve ser capaz de ler nas entrelinhas, ou seja, deve reconhecer as estruturas invisíveis que organizam o pensamento e o discurso do entrevistado.

LAKATOS e MARCONI (1999:97), ao partilharem da mesma linha de pensamento dos autores consultados, também salientam como pontos fortes da entrevista:

- A flexibilidade, que se traduz pela possibilidade de o entrevistador, neste contexto, esclarecer ou repetir questões, especificar algum significado, como garantia de que está a ser compreendido.
- Oportunidade de observar atitudes, comportamentos, etc. do entrevistado.
- Possibilidade de conseguir informações mais precisas, de forma a poder comprovar de imediato as discordâncias, etc.

Como pontos fracos sobressaíram:

- Possibilidade de o entrevistado ser influenciado de forma consciente ou inconsciente pelo entrevistador através de atitudes, opiniões, ideias, etc.
- Ocupa muito tempo por parte do entrevistador e do entrevistado, e é difícil de ser realizada.

Apesar de apresentar alguns constrangimentos ou pontos fracos, estes não são relevantes tendo em conta as vantagens ou pontos fortes descritos pelos vários autores, os quais confirmam ser adequada a opção deste método para a recolha de informação.

No Quadro 4 apresentam-se as dimensões da entrevista a analisar, de acordo com os objectivos do trabalho. (ver apêndice II).

Quadro 4 – Dimensões da entrevista

Dimensões	Questões
Impactos dos Sistemas de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] na Organização do trabalho.	Perg. 1 - Na sua opinião quais foram os impactos dos Sistemas de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] na Organização do trabalho?
Impactos dos Sistemas de Informação em enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] na Prática de Enfermagem.	Perg. 2 - Na sua opinião quais foram os impactos dos Sistemas de Informação em enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] na Prática de Enfermagem?
Impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no campo relacional.	Perg. 3 - Na sua opinião quais foram os impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no campo relacional?
Impactos do Sistema de Informação em enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no campo informacional/comunicacional.	Perg. 4 - Na sua opinião quais foram os impactos do Sistema de Informação em enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no campo informacional/comunicacional?
Impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no desenvolvimento profissional.	Perg. 5 - Na sua opinião quais foram os impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no desenvolvimento profissional?
Impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] na organização	Perg. 6 - Na sua opinião quais foram os impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] na organização?
Impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no campo da Autonomia/Responsabilidade Profissional.	Perg. 7 - Na sua opinião quais foram os impactos do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o SAPE [CIPE] no campo da Autonomia/Responsabilidade Profissional?
Vantagens do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o Sape [CIPE] para a prática de enfermagem.	Perg. 8 - Na sua opinião quais foram as vantagens do Sistema de Informação em Enfermagem: SCD/E e o Sape [CIPE] para a prática de enfermagem?

2.9. Procedimentos

De acordo com os objectivos delineados para este estudo, adoptou-se como metodologia aplicar um inquérito por questionário aos enfermeiros prestadores de cuidados, utilizadores dos SIE: SCD/E e o SAPE [CIPE], e uma entrevista semi-estruturada aos enfermeiros chefes utilizadores destes sistemas.

Os questionários foram aplicados entre o mês de Setembro e o mês de Outubro de 2005. Optou-se pelo auto administração, agendando previamente com a enfermeira chefe das respectivas unidades hospitalares os dias em que se iria aplicar o instrumento. Na Região Norte, os hospitais em estudo foram: hospital Padre Américo (Penafiel), com uma amostra de 18 enfermeiros prestadores de cuidados; hospital Pedro Hispano (Matosinhos), com uma amostra de 15 enfermeiros prestadores de cuidados; na Região Centro, o hospital de Tomar (Tomar), com uma amostra de 15 elementos, prestadores

de cuidados; na Região de Lisboa e Vale do Tejo, hospital da Cuf-Descobertas com 15 enfermeiros prestadores de cuidados. Estivemos durante três semanas na Região Norte e na Região Centro e duas semanas na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

No Quadro 5 estão representados as unidades de estudo e o número de respondentes ao inquérito por questionário.

Quadro 5 – Unidades de estudo e número de respondentes do inquérito por questionário

Hospitais	População	Número de Respondentes(amostra)	%
Padre Américo (Penafiel)	15	7	46,6
Pedro Hispano (Matosinhos)	18	6	33,3
Tomar (Tomar)	15	7	46,6
Cuf-Descobertas (Lisboa)	15	6	46,6
Total	63	26	42

As entrevistas decorreram durante o mês de Novembro de 2005.

Devido às ocupações dos enfermeiros nas suas unidades de trabalho, a entrevista ficava agendada pelo entrevistado para o dia, hora e local que melhor lhe conviesse. As entrevistas foram, assim, realizadas em diferentes espaços, com predominância do gabinete do enfermeiro chefe. A enfermeira coordenadora do IGIF foi entrevistada na sala de reuniões daquele espaço. O enfermeiro professor da Escola Superior de Enfermagem S. João foi entrevistado numa sala de aulas do referido estabelecimento de ensino, devido ao gabinete do entrevistado estar ocupado por outro professor no momento de realização da entrevista. Na organização da sequência das entrevistas deixou-se para o fim os entrevistados que considerámos informadores privilegiados dado o seu envolvimento directo na criação e coordenação do projecto de implementação dos SIE nos hospitais portugueses. Deste modo, os últimos enfermeiros entrevistados foram a enfermeira coordenadora do IGIF e o enfermeiro professor da Escola Superior de Enfermagem S. João. Seguiu-se, aqui, o conselho de NISBET & WATT (s.d) que sugerem: *“When studying an institution as a hospital, or a school, or an administrative unit, it may be wise to leave the senior persons, those personally involved in decision making until near the end, so that you can make the best use of your time with them.”* (in BELL, 1984:83).

Todas as entrevistas foram submetidas a registo magnético após autorização dos inquiridos. Tiveram uma duração média de 60 minutos. Os registos magnéticos foram transcritos na íntegra de acordo com o original (apêndice III).

As respostas obtidas nas entrevistas semi-estruturadas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo segundo BARDIN (1977).

Optou-se por esta técnica de análise devido à flexibilidade desta metodologia e adequação aos instrumentos de colheita de dados escolhidos.

A análise de conteúdo é um processo pelo qual se pode compreender a realidade, através da interpretação de textos ou discursos que tenham ligação com essa mesma realidade. A análise de conteúdo constitui, assim, uma possibilidade científica de extrair-se o conteúdo, tanto explícito como latente, de textos escritos. Concordando com isso, autores como BARDIN (1977) e VALA (1986) afirmam que a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de documentos. VALA (1986:107) realça a este respeito:

“A análise de conteúdo tem a enorme vantagem de permitir trabalhar sobre (...) entrevistas abertas, mensagens dos mass-média, etc., fontes de informação preciosas que de outra forma não poderiam ser utilizadas de maneira consistente pela história, a psicologia, a sociologia.”

A análise de conteúdo é utilizada desde o final do século passado, com uma evolução mais acentuada nos últimos 50 anos. Podem encontrar-se várias concepções e abordagens desta metodologia em função da percepção de cada autor. Para BARDIN (1977:42) a análise de conteúdo é:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

MORAES (1994:104) fez uma breve síntese dos principais enunciados escritos até aos anos 90, apresentando depois uma concepção actualizada do conceito:

“A análise de conteúdo constitui-se de um conjunto de técnicas e instrumentos empregados na fase de análise e interpretação de dados de uma pesquisa, aplicando-se de modo especial, ao exame de documentos escritos, discursos, dados de comunicação e semelhantes, com a finalidade de uma leitura crítica e aprofundada, levando à descrição e interpretação destes materiais, assim com inferências sobre as condições de produção e recepção.”.

De acordo com os autores, a leitura como instrumento de procura de informação é a base da análise de conteúdo, a qual deve efectuar-se de modo científico, ou seja, de forma sistemática, objectiva, total e completa. Por isso, para ser científica, deve-se chegar ao conteúdo latente do texto, não bastando captar o seu sentido manifesto.

Segundo VALA (1986:108), ao proceder à análise de conteúdo de um documento, de uma entrevista, etc., o investigador elabora um conjunto de questões, de onde se destaca:

- *“Frequência com que ocorrem determinados objectos (o que acontece o que é importante).*
- *Quais são as características ou atributos que são associados aos diferentes objectos (o que é avaliado e como).*
- *Qual a associação ou dissociação entre objectos (a estrutura de relações entre os objectos).”*

O objectivo da análise de conteúdo é a compreensão do sentido do discurso dos actores sociais, do seu conteúdo manifesto ou oculto, utilizando para isso a decodificação das mensagens através da decomposição do texto em unidades léxicas ou classificando-as em categorias (análise categorial).

A análise é realizada em três fases distintas: a fase correspondente à pré-análise,

a fase de exploração do material e a fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 1977).

A fase de pré-análise consiste em organizar o material ou corpus que será alvo de análise. Procede-se a uma leitura “flutuante” com o objectivo de clarear as ideias, para obter o sentido do todo. Trata-se de um olhar crítico e analítico, um momento de reflexão.

Segundo BARDIN (1977), a fase de categorização comporta duas etapas:

- O inventário: que consiste em isolar as unidades de registo e de contexto (unidades de significação).
- A classificação por analogias: que consiste em repetir as unidades de registo e de contexto, ou seja, procurar organizar os discursos a fim de possibilitar a análise e a discussão.

Segundo BERELSON (1952, 1968), citado por CARMO e FERREIRA (1998), a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que permite ao investigador realizar uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo dos resultados, cujo objectivo é a sua interpretação.

Objectiva porque deve realizar-se segundo regras e instruções precisas, com a intenção de outros investigadores poderem chegar aos mesmos resultados. Sistemática, porque a totalidade do conteúdo deve ser ordenada e agrupada em categorias definidas previamente pelo investigador, visando alcançar os objectivos delineados para o estudo. Quantitativa, dado que, na maioria das vezes é calculado a frequência dos elementos que são considerados significativos para a investigação.

Para CARMO e FERREIRA (1998), a análise de conteúdo é constituída por 6 etapas:

1. Definição dos objectivos e do quadro de referência teórico.
2. Constituição de um *Corpus*.
3. Definição de Categorias.
4. Definição de Unidades de Análise.

5. Quantificação.
6. Interpretação dos resultados obtidos.

A definição dos objectivos e do quadro de referência teórico é fundamental em toda a investigação como base de sustentação da fundamentação científica do estudo. A constituição do *Corpus* está relacionada com a escolha dos documentos a analisar. A definição das Categorias, que são os conceitos significativos através dos quais o conteúdo é classificado, assim como, eventualmente, quantificado, é basilar para a análise de conteúdo. As categorias devem ser:

- **Exaustivas:** o conteúdo a classificar deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas.
- **Exclusivas:** os mesmos elementos apenas devem pertencer a uma categoria.
- **Objectivas:** as características de cada categoria devem ser explicitadas de forma clara, de modo a que outros investigadores classifiquem os diferentes elementos seleccionados nas mesmas categorias.
- **Pertinentes:** devem manter uma relação fiel quanto aos objectivos e ao conteúdo a classificar.

As Unidades de Análise são de 3 tipos:

- **Unidades de registo:** segmento mínimo do conteúdo considerado necessário para se proceder à análise, colocando-o numa determinada categoria. Por exemplo, palavras, etc.
- **Unidades de Contexto:** segmento mais longo do conteúdo. Constituído por toda a frase.
- **Unidade de Enumeração:** através da unidade de enumeração procede-se à quantificação.

Quanto à quantificação esta não é obrigatória, depende de cada investigador.

Relativamente à interpretação dos resultados, o investigador deve de ter em

conta os objectivos do trabalho e a questão de investigação.

No que concerne à fidelidade da análise de conteúdo não é possível garantir que outros investigadores recorram à mesma forma de codificação dos conteúdos dos documentos em análise ou que alcancem resultados idênticos ao do estudo.

Relativamente ao estudo procedeu-se, após a leitura das entrevistas, à análise e interpretação dos conteúdos.

O corpo das entrevistas analisadas foi seleccionado em função do objecto de estudo.

A segunda fase, análise do material, com destaque para a identificação das unidades de significação, categorização das unidades e elaboração de um texto descritivo, ocorreu no momento da transcrição das entrevistas. Nesta fase procedeu-se à selecção das declarações que nos pareciam mais significativas tendo sempre presente a problemática e o objectivo da investigação.

A terceira fase correspondeu à identificação das unidades de significação. Construíram-se quadros onde foram registadas as unidades de significação extraídas das entrevistas, classificadas em categorias e núcleos de sentido (indicadores ou códigos substantivos). (Apêndice IV).

2.9.1. Considerações de Natureza Ética

Toda a investigação que envolva pessoas no seu objecto exige, por parte do investigador, o cumprimento de um conjunto de regras de ética, de forma a garantir o anonimato e a protecção dos participantes de consequências eventualmente menos agradáveis, decorrentes da sua participação no estudo.

Após contacto prévio e informal com os elementos da Direcção de Enfermagem das Unidades de Saúde do estudo, já mencionadas neste capítulo, pediu-se autorização formal para a realização do mesmo. Numa fase posterior à aprovação do Conselho de Administração e da Direcção de Enfermagem, das respectivas unidades em estudo (com excepção do hospital de S. José que por questões que nos transcendem não facultou a

realização do estudo naquela unidades hospitalar) e antes de se proceder à recolha de informação, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Os participantes foram elucidados sobre os objectivos do estudo, assim como sobre a confidencialidade dos dados para que a sua participação fosse voluntária. Salienta-se que cada um dos inquiridos dispunha de um impresso contendo os objectivos e finalidades do estudo para que tomassem conhecimento sobre a proposta de realização da investigação, o qual foi enviado à Direcção de Enfermagem, juntamente com o pedido de autorização para a realização do trabalho e distribuído por esta aos enfermeiros chefes designados para participarem no estudo.

Ao mesmo tempo que se informavam os participantes do propósito da investigação, procurava-se saber da sua disponibilidade para participar na entrevista, e agendar com estes, de acordo com as escalas de serviço dos enfermeiros prestadores de cuidados, as possíveis datas para a administração dos inquéritos a este grupo alvo.

Procedeu-se à gravação das entrevistas com autorização dos entrevistados no momento da sua realização.

Foi ainda considerada a hipótese de desistência da participação do estudo, mesmo após a realização da entrevista.

CAPÍTULO III
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha de dados procedeu-se ao tratamento e análise dos mesmos.

A informação recolhida no inquérito por questionário foi tratada numa base de dados e processada no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 10.0 para Windows. Cada item foi categorizado com códigos numéricos.

A análise estatística baseou-se na estatística descritiva. Os dados foram tratados através de métodos tabulares e métodos gráficos com base na distribuição de frequência percentual.

A codificação e análise das perguntas abertas do inquérito por questionário foram elaboradas através da técnica de análise de conteúdo. Os dados qualitativos são apresentados em tabelas (apêndice IV).

As entrevistas semi-estruturadas foram igualmente submetidas à análise de conteúdo.

Passa-se à caracterização dos indivíduos do estudo.

3.1. Caracterização da amostra

A amostra do estudo é constituída por dois grupos alvo. O primeiro (população alvo dos inquéritos por questionário), representa 26 enfermeiros utilizadores do SIE, e o segundo (população alvo das entrevistas semi-estruturadas), constituído por 7 enfermeiros chefes, 1 enfermeiro coordenador do projecto de implementação do SIE: SCD/E, 1 enfermeiro professor coordenador do projecto de implementação do SIE: SAPE [CIPE] nos hospitais portugueses, e por 1 Enfermeira Directora responsável pela concepção, implementação do SIE: SCD/E no hospital-piloto onde exercia na altura funções.

Numa primeira fase procede-se à caracterização do perfil sócio-demográfico dos respondentes do inquérito por questionário e numa segunda fase dos entrevistados.

3.2. Perfil Sócio-Demográfico dos Inquiridos

No que se refere à caracterização da amostra dos 26 profissionais de enfermagem que participaram deste estudo, procedeu-se à caracterização dos inquiridos utilizando os seguintes itens:

- Sexo.
- Idade.
- Ano de conclusão da Licenciatura em Enfermagem.
- Ser detentor de outras pós – graduações.
- Tempo de contacto com os Sistemas de Informação em Enfermagem.
- Local de formação sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem.

O estudo foi realizado numa população de N=63 enfermeiros prestadores de cuidados utilizadores do SCD/E e do SAPE [CIPE], a exercer funções nos hospitais da rede do Ministério da Saúde da região Norte (Porto, Penafiel e Matosinhos), da Região Centro (Tomar) e num hospital privado da Região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo respondido ao questionário apresentado n=26, enfermeiros, os quais constituem o nosso grupo de estudo.

Destes 88% eram do sexo feminino e 12% do sexo masculino, conforme representado no Gráfico 1.

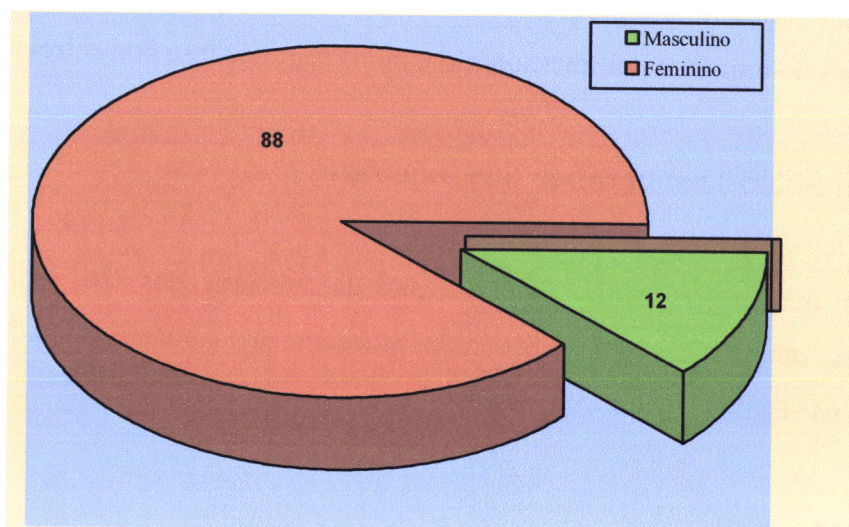


Gráfico 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o sexo

Relativamente ao grupo etário mais de metade da amostra (54%), encontra-se no grupo etário dos 23-28 anos, seguido do grupo etário dos 29-34 anos (19%). No grupo etário dos 35-40, 12%, e no grupo etário ≥ 47 anos (8%). Encontrou-se igual número de não respostas (8%), conforme demonstrado no Gráfico 2.

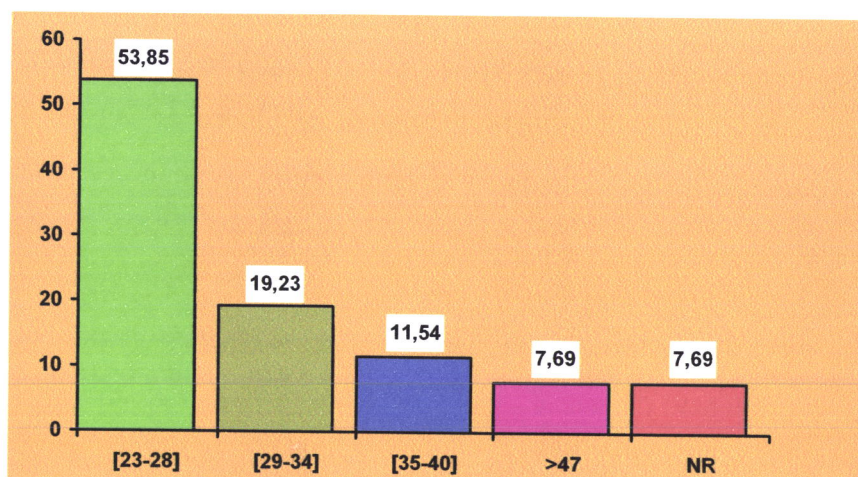


Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por grupo etário.

Verificou-se que metade da amostra (50%), concluiu a licenciatura em enfermagem nos anos 2000-2005, seguido do grupo de enfermeiros que terminou a sua licenciatura entre o período de 1990-1999 (31%). Com menor representatividade (7,6%) temos o grupo de enfermeiros que concluiu o curso de licenciatura no período de 1979-1989. Obteve-se ainda um peso considerável (11,5%) de não respostas. Constata-se que

a maioria dos inquiridos terminou o seu percurso académico nos últimos 5 anos, como representado no Gráfico 3.

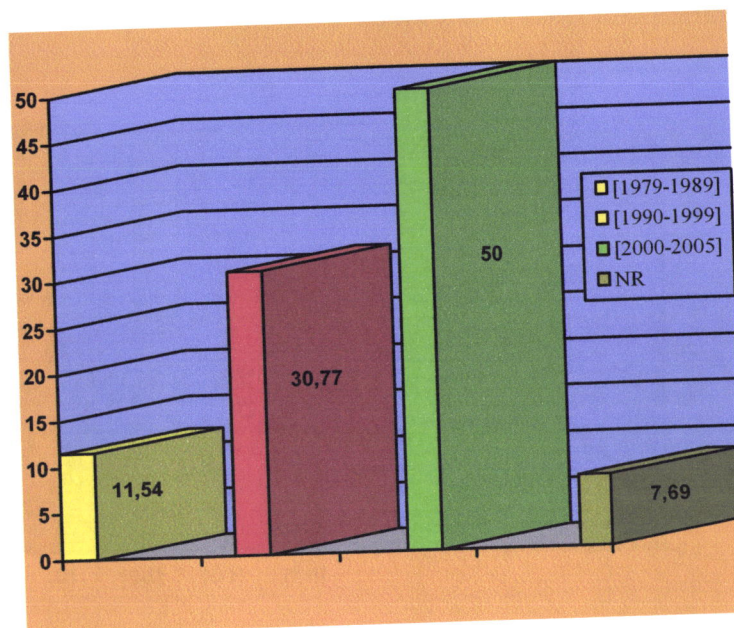


Gráfico 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o ano de conclusão da licenciatura em enfermagem

No que diz respeito à detenção de outras Pós-Graduações, observa-se, no Gráfico 4, que a grande maioria dos inquiridos (85%) não tem outro tipo de formação académica para além da Licenciatura em Enfermagem. Este resultado é expectável neste grupo de inquiridos, uma vez que a maioria terminou a formação de base nos últimos 5 anos.

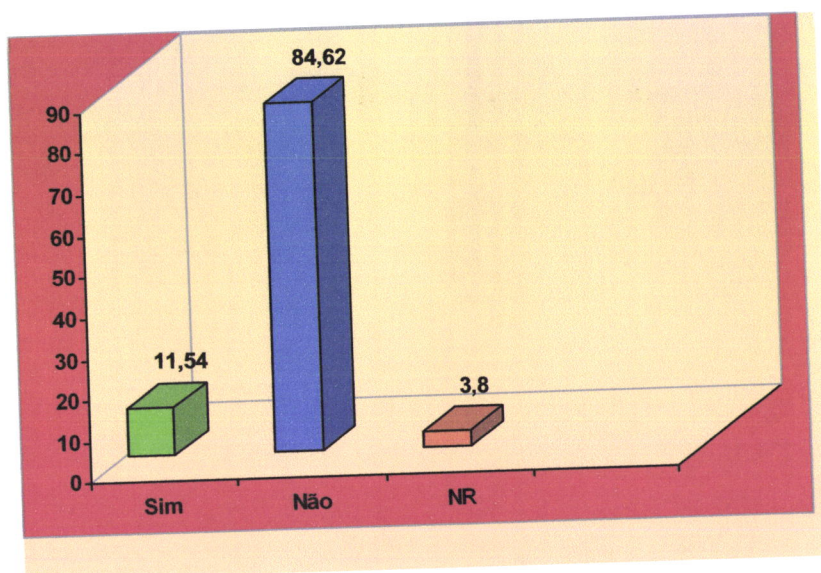


Gráfico 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo ser detentor de Pós-Graduações.

De acordo com a informação constante no Gráfico 5, evidencia-se que 38,4% dos inquiridos refere que tem contacto com os SIE, no campo de trabalho, entre 3 a 5 anos. Cerca de 27% têm contacto com os SIE entre 1 a 3 anos e, por último, há um ano ou menos encontram-se 15% dos inquiridos.

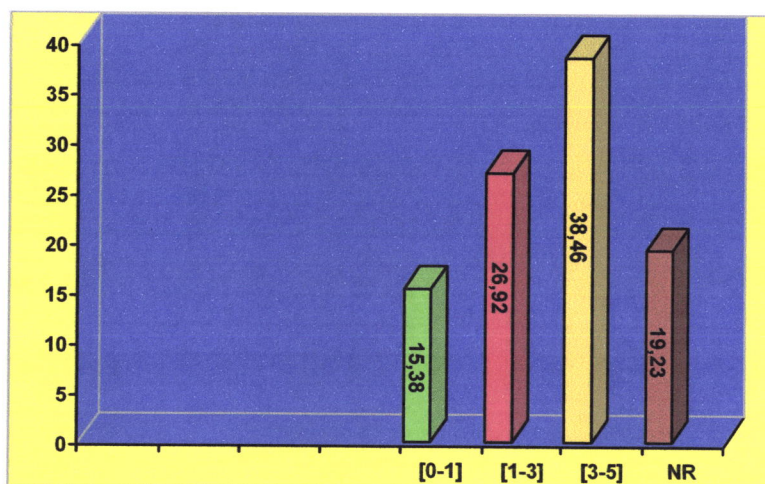


Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o tempo de contacto com os SIE

No Gráfico 6 verifica-se que a maioria dos profissionais de enfermagem obteve formação sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem, sobretudo sobre a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE, em contexto escolar (53,8%). Contudo, uma percentagem também muito significativa dos profissionais de enfermagem (46,2%) obteve formação sobre a CIPE e sobre o Sistema de Classificação de Doentes – SCD/E no contexto de trabalho.



Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o local de formação dos Sistemas de Informação em Enfermagem

3.3. Apresentação das respostas dos inquiridos às questões fechadas do inquérito por questionário

A implementação dos SIE, na prática de enfermagem, nomeadamente do SCD/E e do SAPE com base na linguagem CIPE, leva à adopção de metodologias próprias de trabalho de enfermagem, tais como a organização do trabalho baseada no método de trabalho individual ou no método de trabalho de enfermeiro de referência.

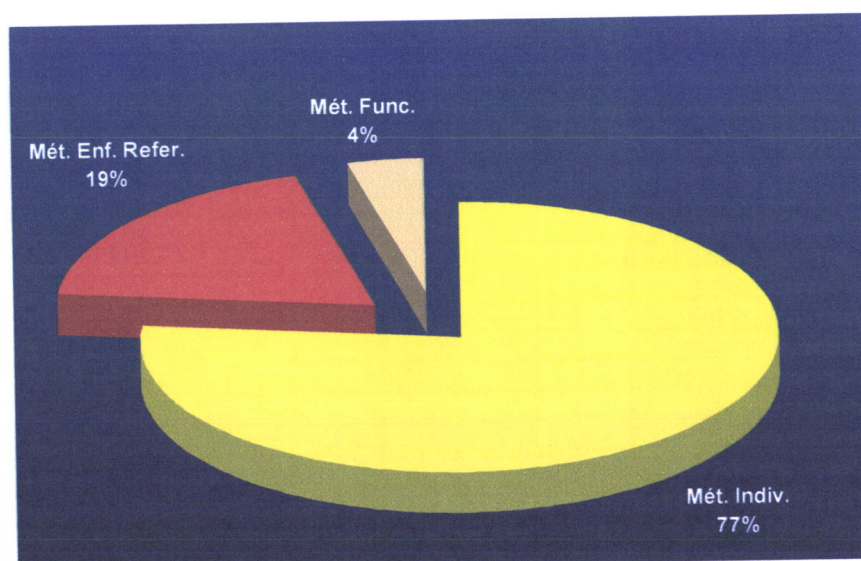


Gráfico 7 – Métodos de trabalho praticados

No Gráfico 7 pode-se observar que o método de trabalho implementado na maioria dos serviços hospitalares utilizadores do SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] é, o método individual de trabalho (77%) e o método de enfermeiro de referência (19%).

No método individual de trabalho o enfermeiro é responsável pelo doente durante as horas (turno) em que está de serviço. No método de enfermeiro de referência o enfermeiro é responsável pelo doente desde que o doente é admitido na unidade de internamento até ao dia da alta. Na sua ausência o doente fica sob a responsabilidade do enfermeiro associado.

Por sua vez, o método funcional deixou praticamente de ser utilizado. Apenas um respondente (4%) faz referência a este tipo de metodologia de trabalho.

A implantação dos SIE na prática de enfermagem influenciou, de certo modo, o exercício profissional de enfermagem. De acordo com os resultados obtidos no Inquérito por Questionário ministrado aos enfermeiros prestadores de cuidados, utilizadores do SCD/E e do Sistema SAPE [CIPE], foram várias as áreas de enfermagem influenciadas por estes instrumentos.

Todavia, apesar de todos os campos seleccionados pelos respondentes apresentarem valores elevados que revelam uma forte influência dos SIE nas diferentes áreas, houve, no entanto, campos mais evidenciados do que outros, o que nos leva a inferir que os SIE têm uma maior influência em determinados campos do que relativamente a outros, como demonstrado na apresentação gráfica dos resultados.

As respostas dos inquiridos foram agrupadas em três grupos de acordo com a sua distribuição nas cinco opções de respostas propostas na escala:

- Grupo A – Muito influente, que agrupa as respostas assinaladas nos dois pontos extremos da escala: ponto 1 (Concordo totalmente) e ponto 5 (Discordo totalmente).

- Grupo B – Bastante/Suficientemente influente, que agrupa as respostas assinaladas no ponto 1 e ponto 2 da escala. Ponto 1 (Concordo totalmente) e ponto 2 (Concordo parcialmente).
- Grupo C – Pouco influente, que agrupa as respostas dos inquiridos distribuídas ao longo da escala: ponto 1 (Concordo totalmente), ponto 2 (Concordo parcialmente), ponto 3 (Nem concordo nem discordo), ponto 4 (Discordo parcialmente) e ponto 5 (Discordo totalmente).

Pretendendo uma visualização clara das áreas de maior ou menor influência dos SIE, expõe-se no Gráfico 8 todos os campos de influência focados pelos inquiridos.

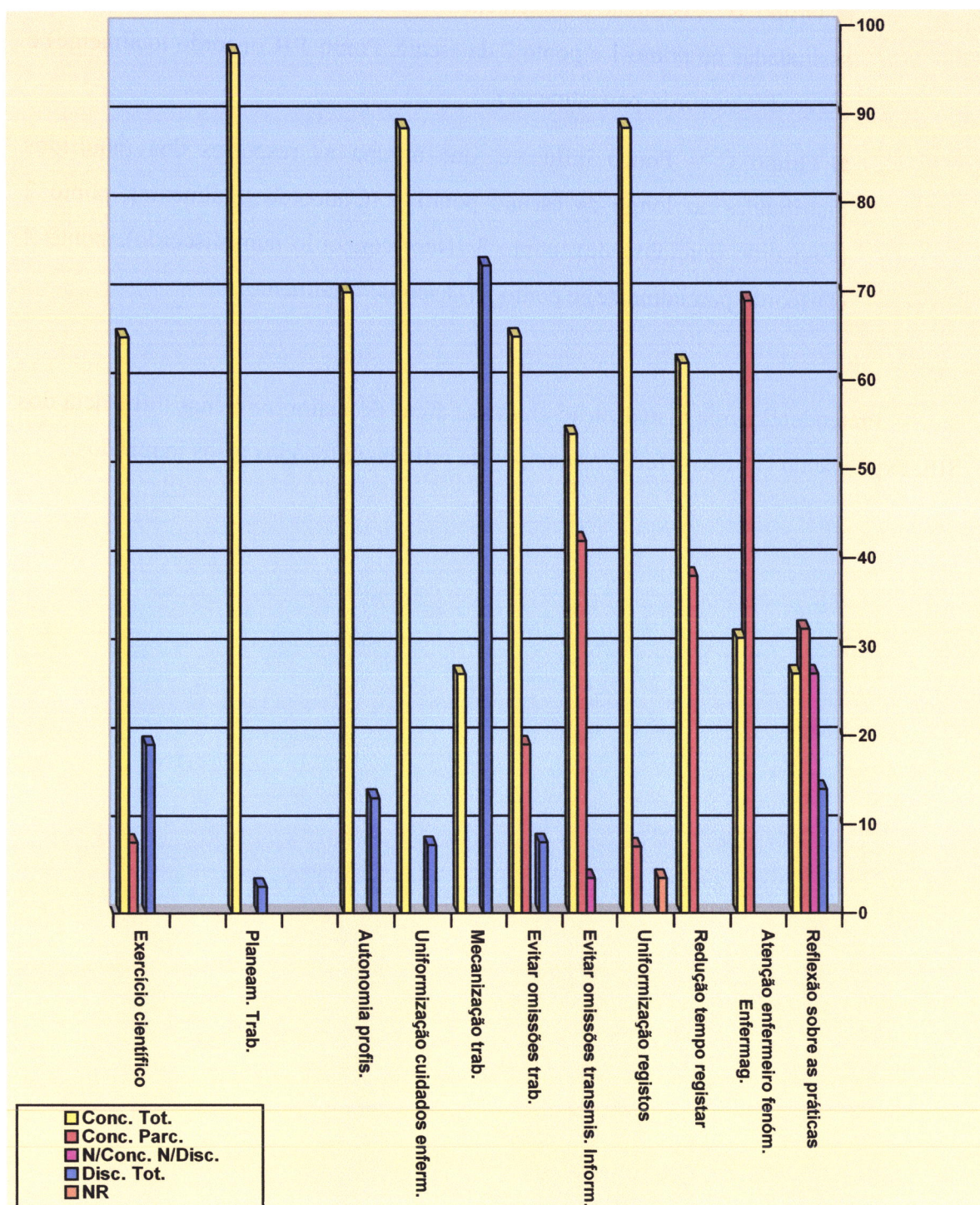


Gráfico 8 – Influência dos SIE na prática de enfermagem

A partir da leitura do Gráfico 8, verifica-se que as áreas mais influenciadas foram:

- ▣ Planeamento do trabalho.

- Uniformização dos cuidados de enfermagem.
- Uniformização dos registos.
- Autonomia profissional.

Todas apresentam níveis elevados de concordância total, conforme pode ser observado no Gráfico 9, a seguir apresentado.

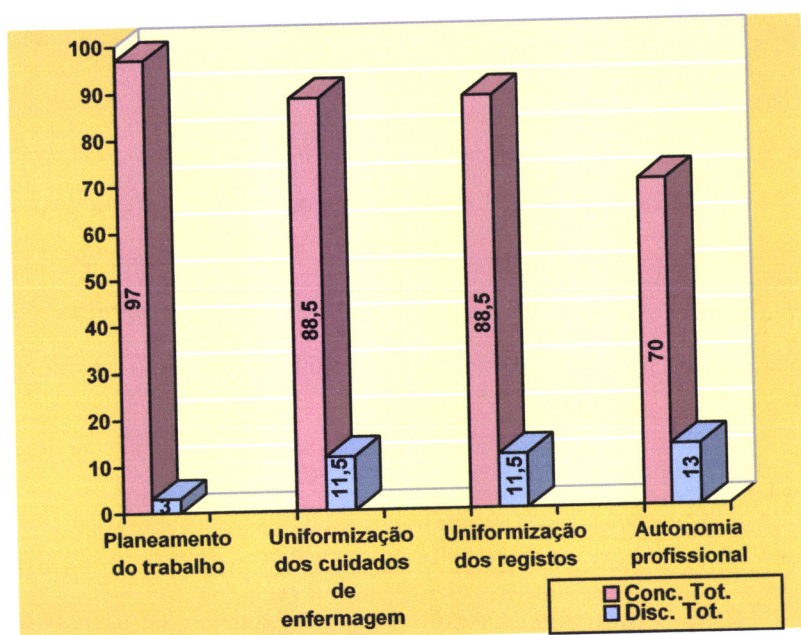


Gráfico 9 – Influência dos SIE na prática de enfermagem – Grupo A

Os respondentes também consideram as actividades:

- Redução do tempo a registar e
- Atenção do enfermeiro para os fenómenos de enfermagem, como áreas fortemente influenciadas pela implementação dos SIE, conforme indicado no Gráfico 10.

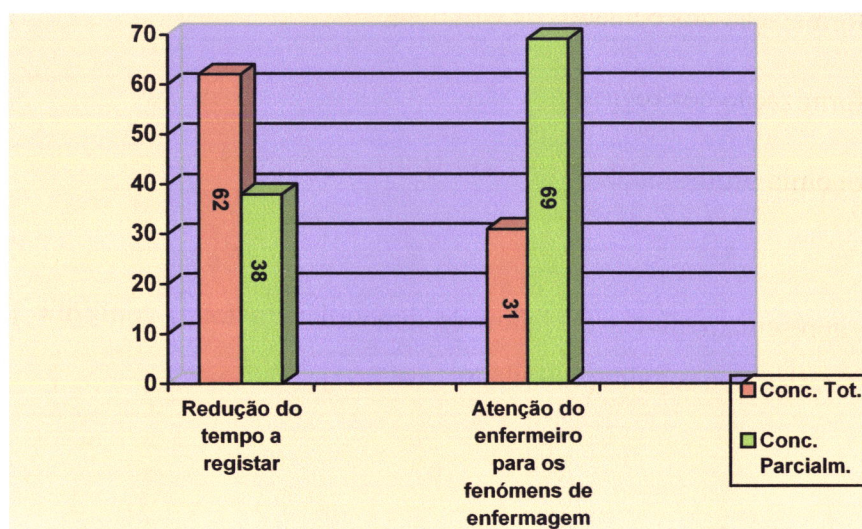


Gráfico 10 – Influência dos SIE na prática de enfermagem – Grupo B

A partir da leitura do Gráfico 10 verifica-se que as respostas, apesar de positivas, se encontram distribuídas entre os dois pontos da escala: “Concordo Totalmente” e “Concordo Parcialmente”, o que lhe confere menor peso em termos de influência, relativamente à questão anterior, ainda que estabelecendo uma influência bastante positiva.

De acordo com os resultados obtidos no estudo, a influência dos SIE fizeram-se notar, conforme demonstrado no Gráfico 11 em outras vertentes do exercício profissional de enfermagem, tais como:

- ▣ Exercício profissional científico.
- ▣ Evitar omissões no cumprimento do trabalho.
- ▣ Evitar omissões na transmissão da informação.
- ▣ Reflexão sobre as práticas.

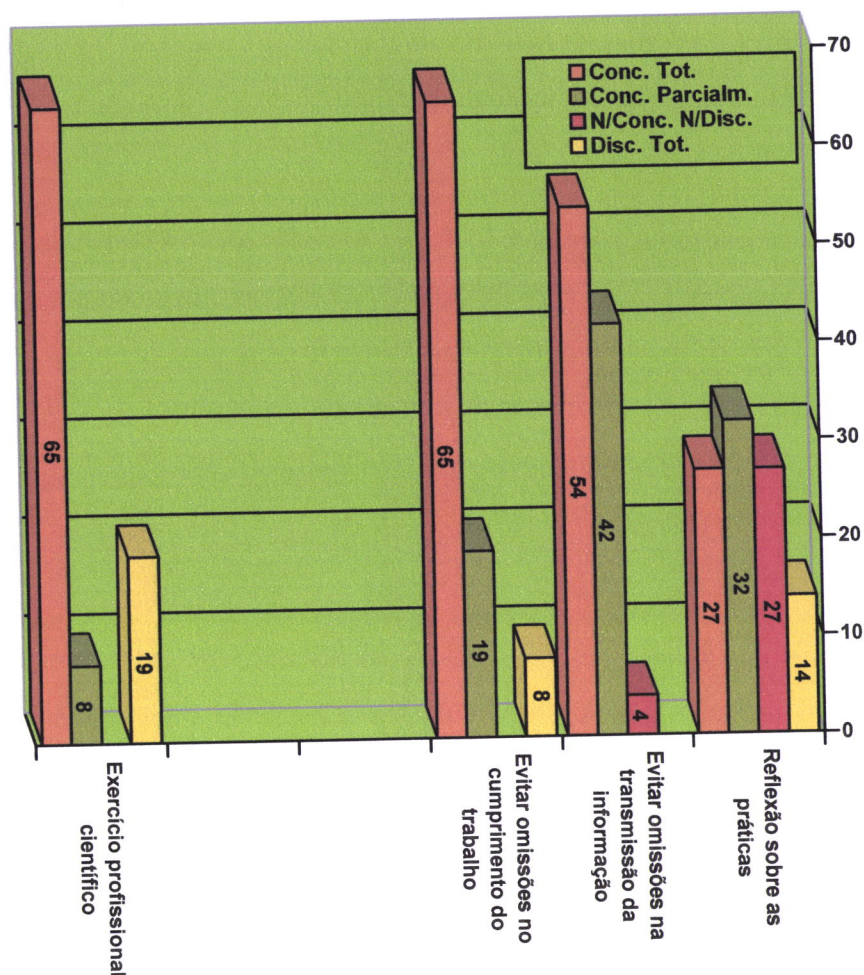


Gráfico 11 – Influência dos SIE na prática de enfermagem – Grupo C

As respostas revelam a existência de uma influência positiva dos SIE nestas áreas de actividade. Porém, os inquiridos distribuem-se mais ao longo da escala do que nas questões anteriores. A posição assumida pelos inquiridos poderá indicar-nos que a influência dos SIE não é tão forte, ainda que suficientemente positiva.

As leituras proporcionadas pelos diferentes Gráficos permitem observar que a implementação dos SIE na prática de enfermagem são suportes importantes para os profissionais de enfermagem. Estão presentes no quotidiano laboral e são preciosos instrumentos de ajuda na orientação do trabalho deste grupo profissional.

Os SIE, permitem estabelecer elos significativos entre as etapas do processo de enfermagem e a prestação de cuidados, dado que na base destes sistemas está o modelo processo de enfermagem, que define o exercício científico de enfermagem,

personalizado através do diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados tipo (intervenções de enfermagem) e avaliação do trabalho.

Evidencia-se assim, a passagem de uma situação de dependência para uma posição de decisão independente. Os profissionais de enfermagem passaram a estruturar o seu exercício a partir de modelos conceptuais validados, organizados. A utilização dos diagnósticos de enfermagem permite aos enfermeiros determinar o seu campo de actuação. Os diagnósticos de enfermagem ao englobarem o conjunto dos problemas de enfermagem, orientam os enfermeiros para a intervenção autónoma.

Estes instrumentos vão oferecer apoio tecnológico no desenvolvimento do trabalho e por conseguinte, possibilitar uma melhor gestão do tempo deste grupo profissional. As vantagens são de carácter quantitativo e qualitativo, como se pode observar através das respostas dos inquiridos.

Os SIE: SCD/E e SAPE [CIPE], alicerçados no processo de enfermagem, utilizam o diagnóstico de enfermagem, considerado um instrumento importante para os enfermeiros, porquanto lhes permitir afirmar o carácter autónomo da sua profissão.

São muitas as vantagens descritas na literatura respeitante ao diagnóstico de enfermagem para o enfermeiro, entre as quais se salienta a capacidade de raciocínio e o poder de decisão. Ao utilizar, na prática clínica, o diagnóstico de enfermagem, o enfermeiro depara-se com a necessidade de julgar, o que envolve processos cognitivos tais como o raciocínio clínico e a necessidade de decisão, dado que terá que optar sobre que cuidados planear para o diagnóstico elaborado. Essa situação leva os respondentes a assinalarem a forte influência dos SIE no desenvolvimento das capacidades de raciocínio e poder de decisão dos profissionais de enfermagem, conforme apresentado nos Gráficos 12 e 13, respectivamente.

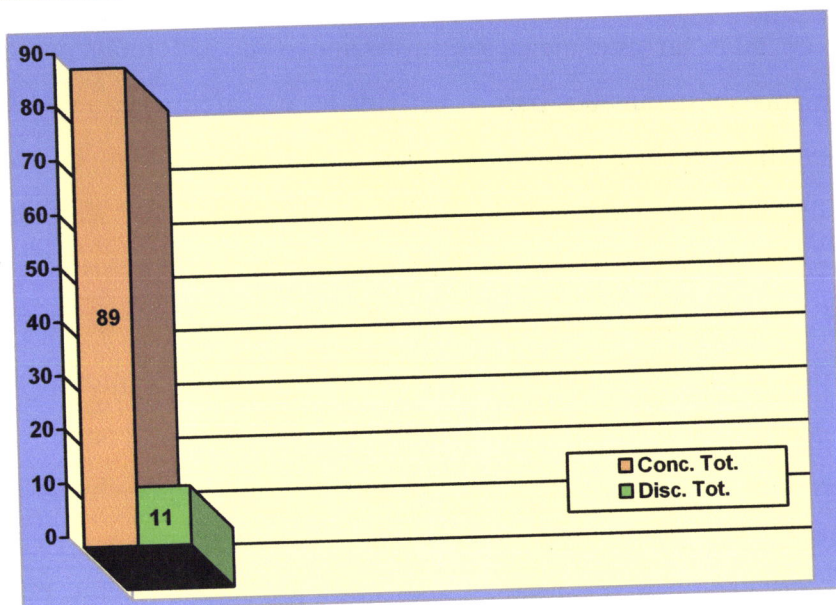


Gráfico 12 – Influência dos SIE no desenvolvimento da capacidade de raciocínio do enfermeiro.

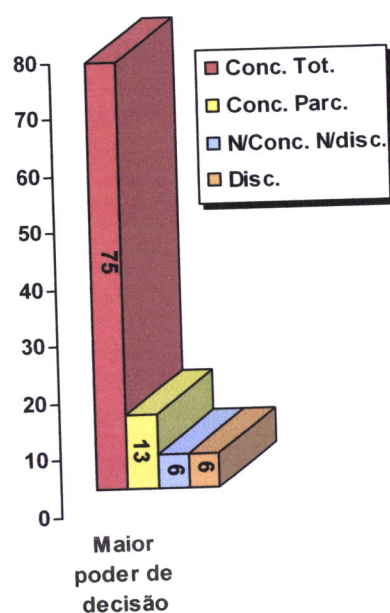


Gráfico 13 – Influência dos SIE no munir o enfermeiro de maior poder de decisão.

A implementação dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] tem sido descrita na literatura da área como fundamental para apoiar o enfermeiro a estruturar o seu exercício profissional a partir de um modelo conceptual, constituído pelo processo de enfermagem que confere à profissão cientificidade e autonomia, diferenciando-a deste modo da medicina.

Cada vez mais do que nunca os profissionais de enfermagem dispõem de sistemas informáticos programados para as actividades de enfermagem, com base numa linguagem científica, que permitem agrupar a informação em compartimentos devidamente organizados. Deste modo, todas as actividades de enfermagem são registadas, numa linguagem padronizada. Para além de facilitar o acesso à informação, dado que toda a informação está sistematizada e organizada, facilita a leitura e interpretação dos dados informatizados, porquanto todos usam a mesma linguagem, assim como permite realçar os actos de enfermagem. Tal facto faz com que o trabalho de enfermagem ganhe visibilidade, uma vez que ao ficar registado as actividades desenvolvidas por estes profissionais, leva a que os outros profissionais de saúde, os governantes e a população em geral fique a conhecer o que os enfermeiros fazem. Para a maioria dos respondentes os SIE têm uma forte influência nesse campo. Ver Gráfico 14.

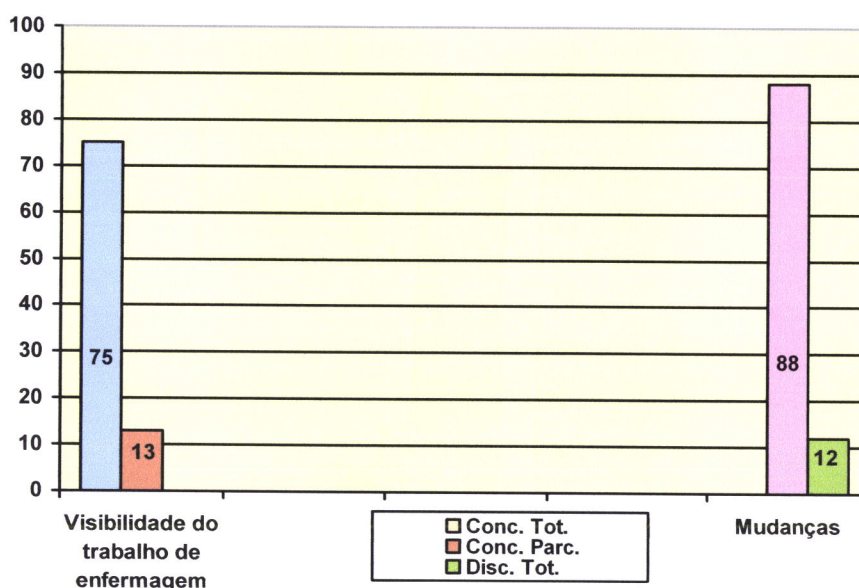


Gráfico 14 – Influência dos SIE para a profissão.

Esta fase (implementação e operacionalização dos SIE, sobretudo do sistema SAPE [CIPE]) é percebida pelos enfermeiros como uma fase de forte influência no que respeita às mudanças na estrutura e na forma de organização do trabalho de enfermagem, conforme expresso nas respostas dos inquiridos. (Gráfico 14).

Os dados patentes no Gráfico 15 mostram a influência dos SIE no campo da comunicação/relação de acordo com as percepções dos respondentes.

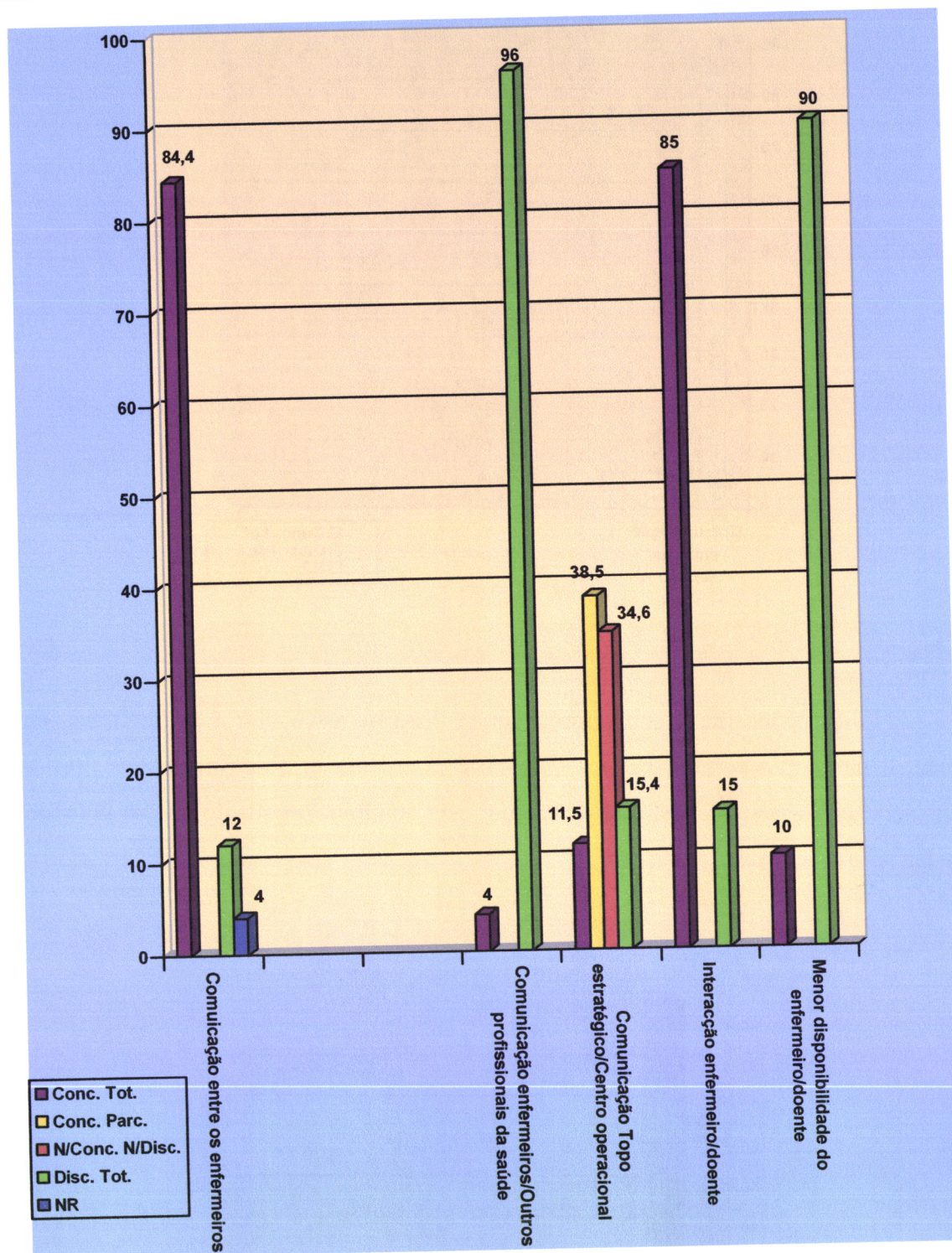


Gráfico 15 – Influência dos SIE na Comunicação/Relação.

No que respeita à comunicação, através da leitura do Gráfico 16, observa-se que uma percentagem elevada de respondentes (84,4%), assinala a forte influência dos SIE, principalmente na comunicação entre os enfermeiros.

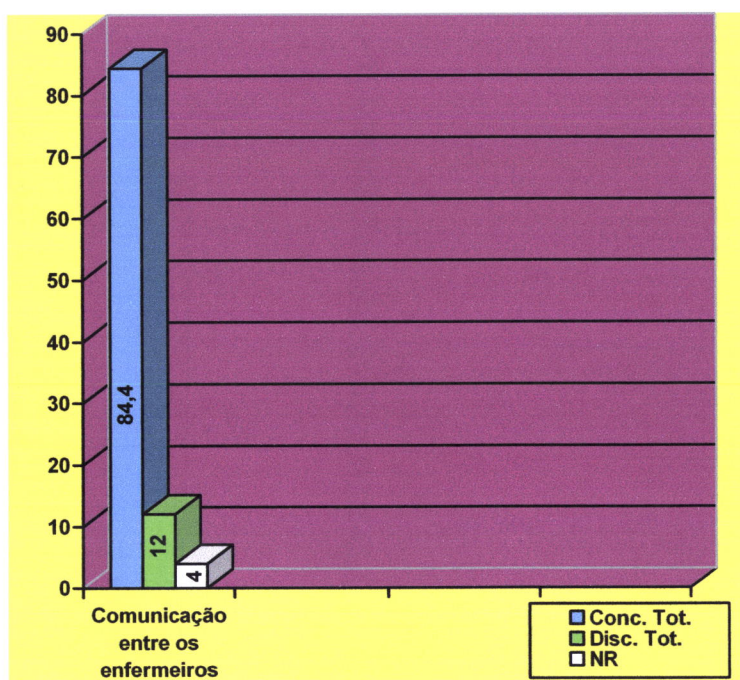


Gráfico 16 – Influência dos SIE na comunicação entre os enfermeiros.

No que concerne à comunicação entre enfermeiros e outros profissionais da saúde, e de acordo com os valores do Gráfico 17, a maioria dos inquiridos (96%), considera que os sistemas não influenciaram este domínio, porquanto não se notaram mudanças a esse nível.

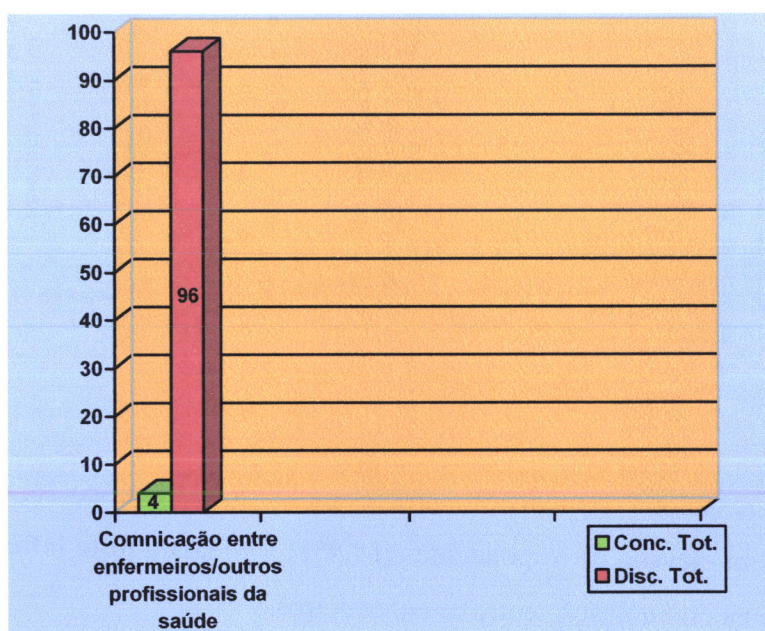


Gráfico 17 – Influência dos SIE na comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Na identificação das percepções dos respondentes sobre a influência dos SIE na mudança das práticas de comunicação entre o Topo Estratégico/Centro Operacional, foram assinaladas várias opções na escala proposta, o que não permitiu conhecer claramente as suas opiniões. Constata-se no Gráfico 18, que os inquiridos posicionam-se maioritariamente entre o “concordo parcialmente” (38,5%) e o “nem concordo, nem discordo” (34,6%). A influência dos SIE neste campo talvez seja um ponto que mereça ser reavaliado no futuro. Os sistemas de informação melhoram sem dúvida a comunicação, pela rapidez e facilidade com que todos podem aceder à informação. Todavia, parece-nos que neste caso os respondentes não consideram que os SIE tenham tido grande influência neste campo, uma vez que somente 11,5% dos inquiridos concordam que houve contributo dos SIE neste domínio.

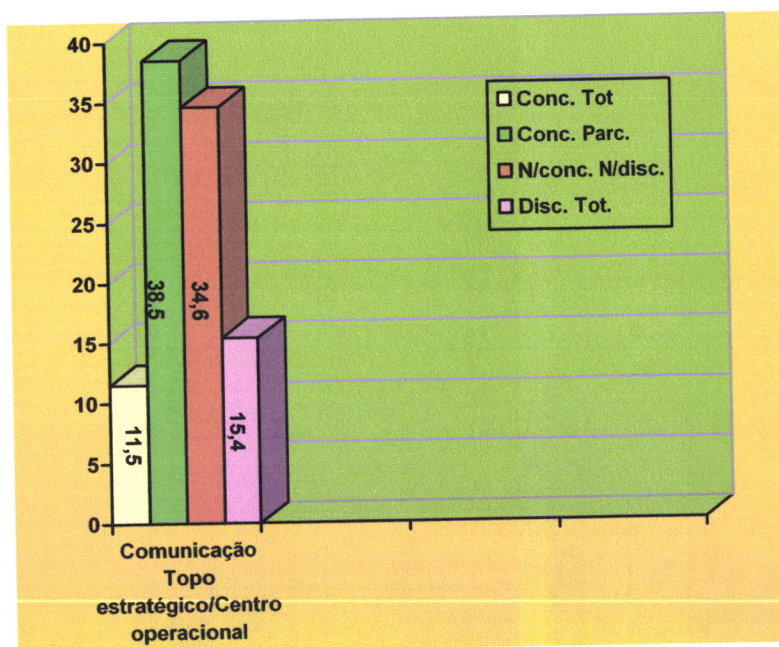


Gráfico 18 – Influência dos SIE na comunicação Topo Estratégico/Centro Operacional.

No domínio da relação, também é notório a anuência dos respondentes no que respeita à influência dos SIE no que respeita disponibilizar mais tempo ao enfermeiro para estar com o doente, dado que 90% dos respondentes assinalam discordar totalmente que os SIE reduzem o tempo do enfermeiro para estar com o doente, segundo os dados visíveis nos Gráficos 19 e 20, respectivamente.

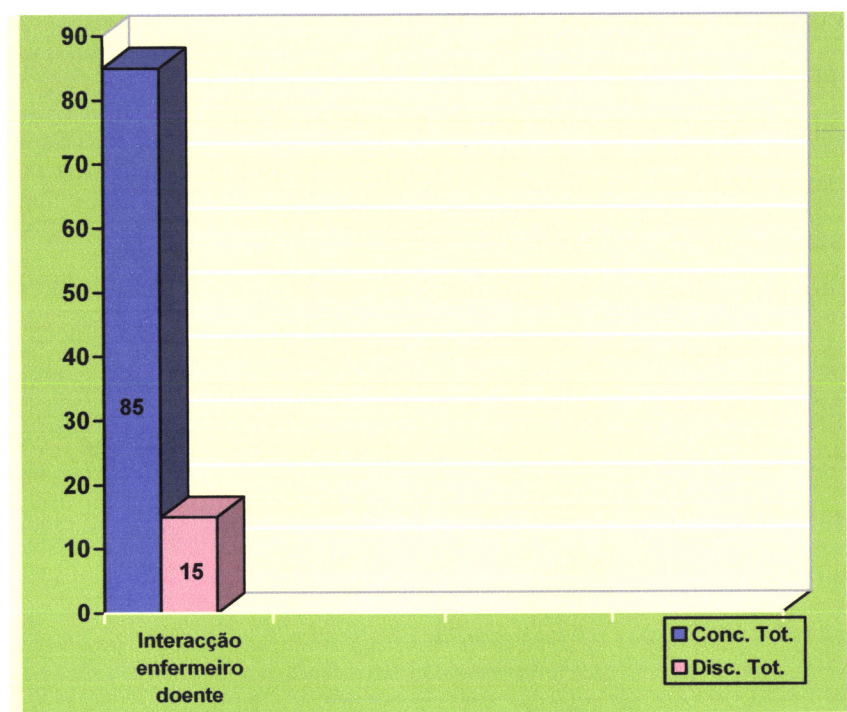


Gráfico 19 – Influência dos SIE na parceria enfermeiro/dente

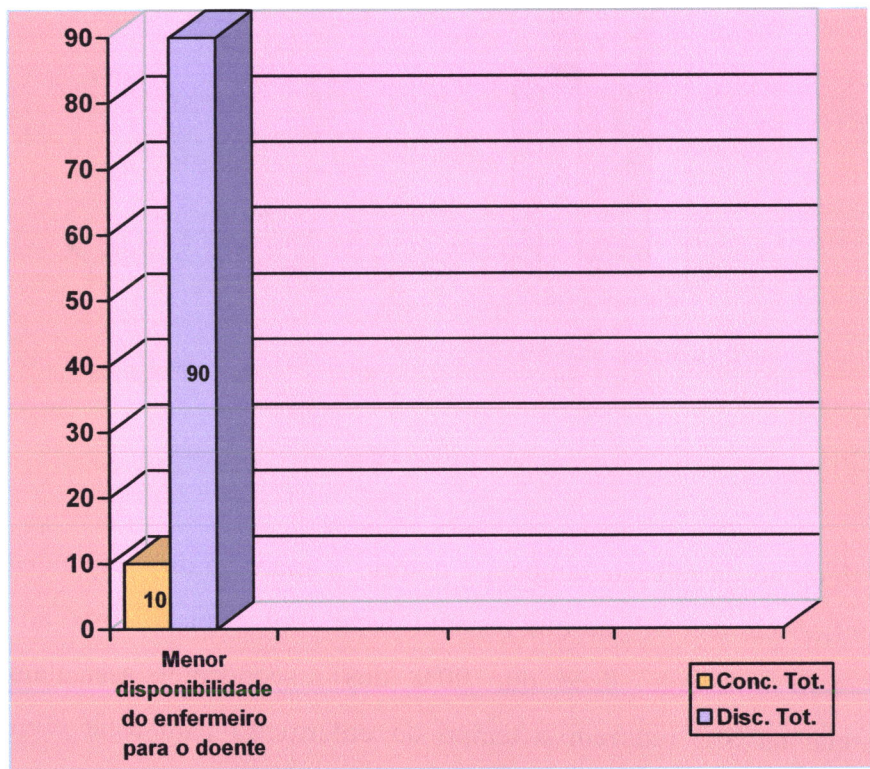


Gráfico 20 – Influência dos SIE na disponibilidade do enfermeiro para o doente.

Observando-se os valores do Gráfico 21 constata-se que os inquiridos quando questionados sobre os contributos dos SIE na área da gestão, destacam a mudança no tipo de gestão praticada como um dos efeitos proeminentes na cultura organizacional. No entanto, é de salientar que mais de $\frac{1}{4}$ da amostra (40%), respondeu negativamente.

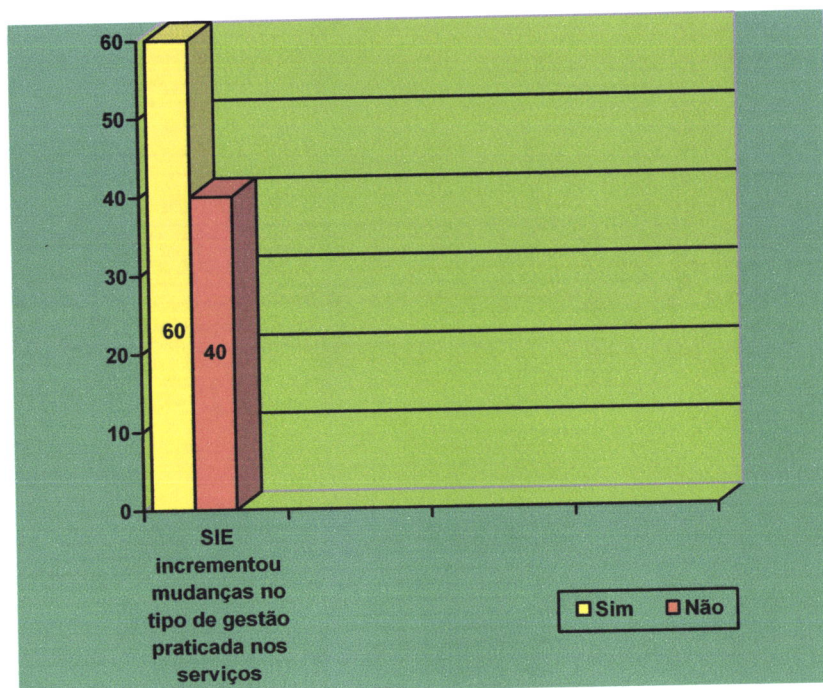


Gráfico 21 – Influência dos SIE na mudança do tipo de gestão praticada.

De acordo com os dados do Gráfico 22, o tipo de gestão praticada é uma gestão aberta/participativa, enquanto que só 15% refere uma gestão fechada.

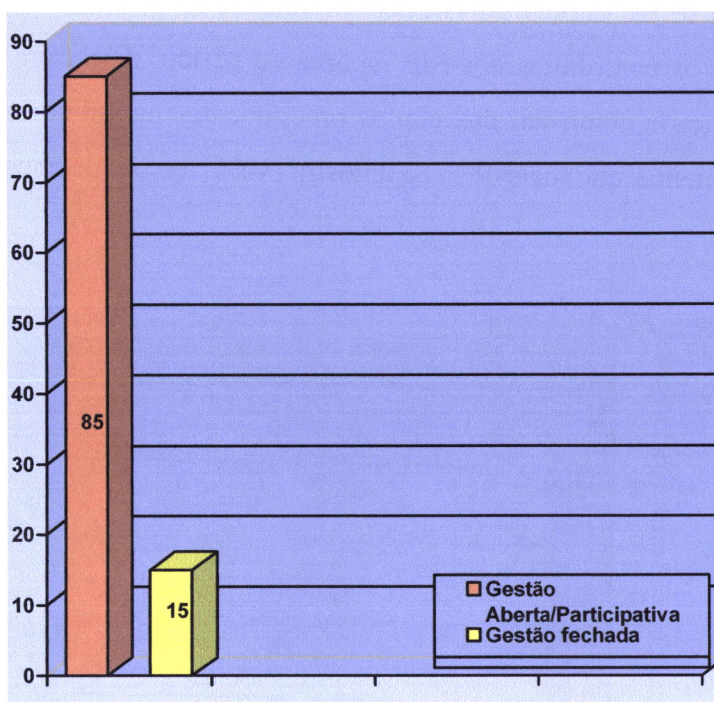


Gráfico 22 – Tipo de gestão praticada

Em relação à gestão de recursos humanos de enfermagem, os dados expostos no Gráfico 23 revelam que os inquiridos não consideram que os SIE vão, por si só, resolver o problema do défice de recursos humanos de enfermagem. Mais de metade da amostra (54%) concorda parcialmente que estes instrumentos auxiliem o enfermeiro gestor a gerir os recursos humanos de enfermagem, contudo, somente 15% concorda totalmente com a afirmação, enquanto que 31% discorda.

O SIE, particularmente o SCD/E, foi criado para auxiliar os enfermeiros gestores na previsão dos recursos humanos de enfermagem, de acordo com as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. A implementação dos SIE favorece, desse modo, a racionalização dos recursos humanos de enfermagem, ao proporcionar atempadamente (para cada período de 24 horas), aos enfermeiros gestores, a informação sobre as necessidades efectivas de cuidados. Todavia, a escassez de recursos humanos de enfermagem existente na maioria dos hospitais leva a que, na maioria das vezes, não seja possível deslocar os recursos humanos de enfermagem inter-serviços, dado que o número existente em cada unidade de internamento para dar resposta às necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, se tivermos em consideração a taxa de ocupação diária e a complexidade dos cuidados, é insuficiente.

Provavelmente as respostas dos inquiridos são condicionadas pelo cenário vivido quotidianamente no ambiente de trabalho, relativamente a esta situação. Por isso, não consideram que o sistema resolva por si só esta questão, apesar de proporcionar aos enfermeiros gestores o conhecimento dos défices de enfermeiros e as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem em cada serviço.

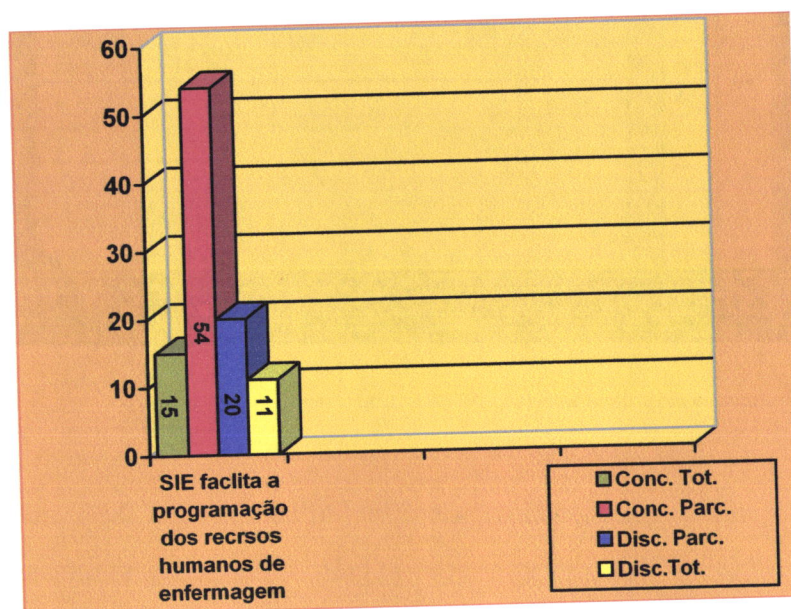


Gráfico 23 – Influência dos SIE na gestão de recursos humanos de enfermagem

Uma das formas de equacionar o problema de carência de recursos humanos de enfermagem adoptado pelos enfermeiros gestores, foi a mobilidade de profissionais de enfermagem inter-serviços. Todavia, esta situação gerou descontentamento entre os profissionais, pelo que se verificar que de acordo com os valores obtidos no Gráfico 24, 69% dos inquiridos refere-se negativamente à política de mobilidade e apenas 31% responde afirmativamente.

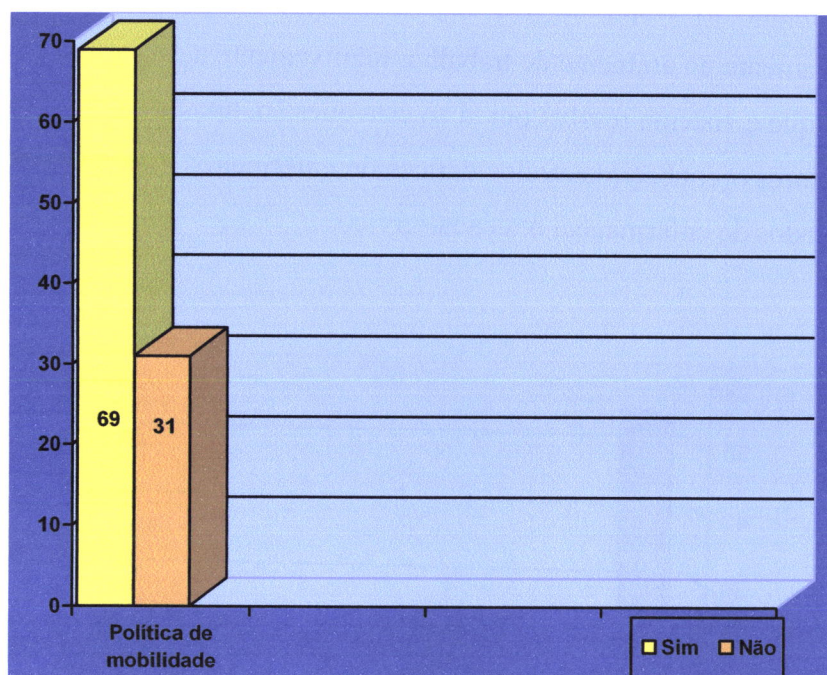


Gráfico 24 – Gestão de recursos humanos de enfermagem – Medidas de Intervenção.

Os inquiridos, quando questionados sobre a influência dos SIE no campo do desenvolvimento profissional, referiram que, de certo modo, estes sistemas contribuíam para a necessidade de formação/aprendizagem profissional, visto que 49% afirma que há influência relativa e 24% responderam que influencia, como demonstrado no Gráfico 25. Realça-se porém, que mais de $\frac{1}{4}$ da amostra (27%) salientou a não influência dos SIE neste domínio.

No que respeita à investigação metade da amostra (50%) afirma que os SIE não influenciaram este domínio, isto é, os enfermeiros continuam a ter uma baixa participação na produção científica em enfermagem. Para 24% dos inquiridos os SIE contribuíram para o desenvolvimento da investigação em enfermagem e para 27% essa contribuição foi apenas relativa.

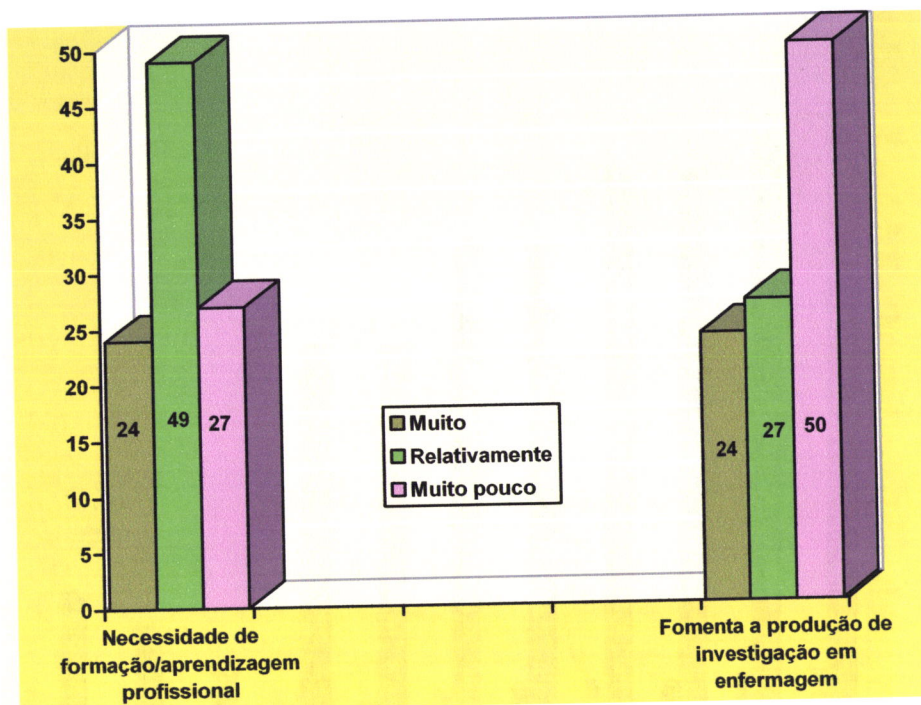


Gráfico 25 – Influência dos SIE no campo do desenvolvimento profissional

Para uma visão clara dos contributos dos SIE para a enfermagem, a partir da percepção dos sujeitos da amostra, criou-se, conjuntamente com o Gráfico 26, duas Tabelas onde constam o número de sinalizações dos inquiridos para cada um dos itens seleccionados. Considerámos o maior e o menor número de sinalizações dos inquiridos como elemento avaliativo da influência dos SIE para a enfermagem.

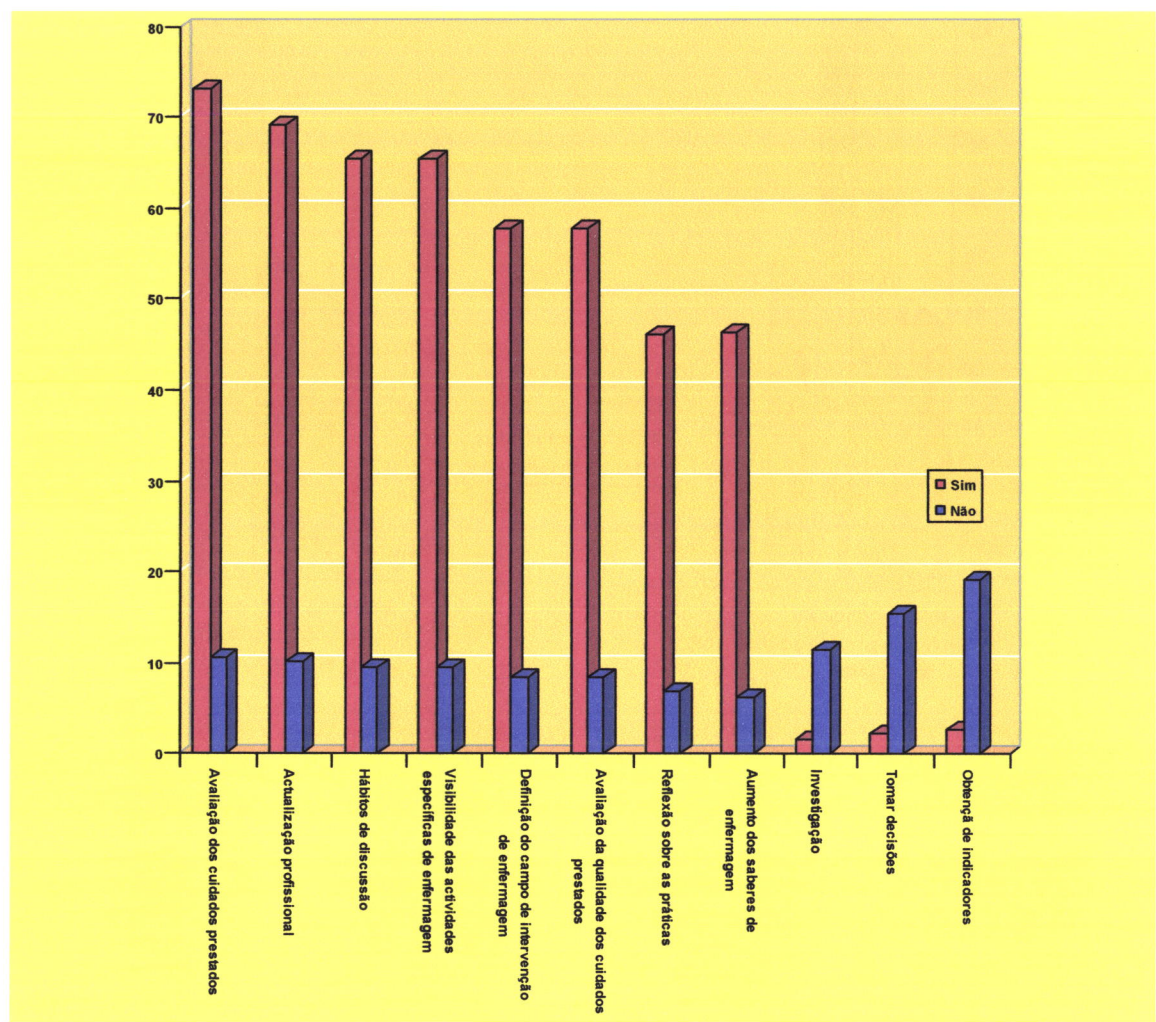


Gráfico 26 – Distribuição dos respondentes segundo as áreas de maior ou menor influência dos SIE na prática de enfermagem assinaladas.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o número de sinalizações dos itens relativos às áreas de maior influência dos SIE na prática de enfermagem

Itens relativos à influência dos SIE na prática de enfermagem	Número de sinalizações (Número de indivíduos que responderam)	Sim %	Não %
Avaliação dos cuidados prestados	19	73,1	10,7
Actualização profissional	18	69,2	10,2
Hábitos de discussão	17	65,4	9,6
Visibilidade das actividades específicas de enfermagem	17	65,4	9,6
Definição do campo de intervenção de enfermagem	15	57,7	8,5
Avaliação da qualidade dos cuidados prestados	15	57,7	8,5
Reflexão sobre as práticas	12	46,2	6,8
Aumento dos saberes de enfermagem	11	46,3	6,2

Tabela 2 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o número de sinalizações dos itens relativos às áreas de menor influência dos SIE na prática de enfermagem

Itens relativos à influência dos SIE na prática de enfermagem	Número de sinalizações (Número de indivíduos que responderam)	Sim	Não
		%	%
Investigação	3	1,7	11,5
Tomada de decisões	4	2,3	15,4
Obtenção de indicadores	5	2,8	19,2

De acordo com os dados expostos no Gráfico 26 e nas Tabelas 1 e 2 respectivamente, os resultados apontam para as seguintes conclusões:

▣ Áreas de maior influência dos SIE assinalados pelos profissionais de enfermagem:

1. Avaliação do trabalho.
2. Visibilidade das actividades específicas de enfermagem.
3. Definição do campo de intervenção de enfermagem.
4. Avaliação da qualidade dos cuidados executados.
5. Reflexão sobre as práticas.
6. Aumento dos saberes de enfermagem.

Áreas de menor influência dos SIE assinaladas pelos profissionais de enfermagem:

1. Investigação.
2. Tomada de decisão.
3. Obtenção de indicadores
4. Obtenção de indicadores

No conjunto dos dados obtidos verifica-se que é na área da documentação que recai a maior influência dos SIE na prática de enfermagem. Os diferentes itens assinalados pelos inquiridos relativamente às áreas de maior influência são consequências práticas dos registos de enfermagem. O grande impacto da adopção e implementação destes sistemas de informação foram as mudanças operadas no campo da documentação em enfermagem, que trouxeram consigo uma multiplicidade de

efeitos positivos para a profissão. A título de exemplo citamos: a visibilidade do trabalho de enfermagem, a possibilidade de avaliação dos cuidados prestados, de discussão e reflexão das práticas, a definição do campo de intervenção de enfermagem, associada à estrutura do próprio instrumento construído especificamente para os enfermeiros.

Relativamente às áreas de menor influência do SIE na prática, não é surpreendente que a investigação e a produção de indicadores obtenha menor número de sinalizações por parte dos inquiridos. Os resultados anteriores relativos a estes campos de avaliação já haviam demonstrado a percepção dos inquiridos a este respeito. Há, contudo, uma questão que ressalta relativamente ao item “Poder de decisão”, tendo em consideração os resultados apurados no Gráfico 13 (p.136). Numa primeira leitura pode parecer que estamos perante uma contradição, dado que, segundo os resultados apurados no Gráfico 13, 75% dos inquiridos concordam que os SIE contribuíram para aumentar o poder de decisão dos enfermeiros, enquanto que os resultados observados no Gráfico 26 e na Tabela 2, mostra-nos que a “tomada de decisões” é considerada pelos inquiridos uma área pouco influenciada pelos SIE. Só que neste caso, o número de sujeitos a responder é significativamente inferior, dado que apenas 4 indivíduos (15,4%) apontam a não influência dos SIE na “Tomada de decisões”, contra 20 indivíduos (75%) que consideram que os SIE contribuíram para incrementar o “Poder de decisão” dos profissionais de enfermagem.

3.4. Análise de Conteúdo das questões abertas do inquérito por questionário

Importa recordar que o objectivo do estudo é identificar os impactos de dois sistemas o SCD/E e o SAPE – [CIPE] na prática de enfermagem, a partir das percepções dos enfermeiros utilizadores destes dois instrumentos de trabalho.

Para as questões abertas do inquérito por questionário, assim como para as respostas dos entrevistados foi realizada a análise de conteúdo, que permitiu agrupar os discursos dos sujeitos da amostra de acordo com as suas categorias.

Salientamos que na análise dos diferentes instrumentos de colheita de dados – inquérito por questionário e entrevistas semi-estruturadas as mensagens dos respondentes quer de um e do outro instrumento, são muitas das vezes similares, pelo que, cada comentário efectuado pode estar incluído em uma ou mais categorias.

Dando seguimento ao trabalho, começa-se por apresentar a análise de conteúdo das perguntas abertas do inquérito por questionário.

A vertente qualitativa é composta por quatro perguntas. Utilizando a técnica de BARDIN (1977), obteve-se as seguintes categorias, apresentadas no Quadro 6, a seguir representado:

Quadro 6 – Síntese das categorias e indicadores das questões abertas do inquérito por questionário

Categorias	Indicadores
Mecanização do trabalho	Risco reduzido de mecanização do trabalho
	Actualização
	Influência das características pessoais
	Sistema SAPE [CIPE] – Possibilidades de opção
	Características do trabalho
	Beneficiário da intervenção de enfermagem – Pessoa
Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE]	Redução do tempo para o doente
	Redução do tempo para a realização das outras actividades de enfermagem
	Impossibilidade de actualizar o programa informático
	Dificuldade na utilização da linguagem CIPE
	Valorização dos registos e não valorização do processo de cuidados
	Limitações do sistema
Influência dos SIE: SCD/E na política de mobilidade	Desconhecimento de aspectos negativos
	Resultados positivos da política de mobilidade para o enfermeiro – enriquecimento profissional
	Resultados negativos da política de mobilidade para o enfermeiro – insatisfação / descontentamento profissional
Mudanças na prática de enfermagem	Reflexão sobre as práticas
	Pensar sobre o sobre os cuidados
	Realização de investigação
	Visibilidade do trabalho de enfermagem

O conceito central do estudo do qual emergiram as quatro categorias é: **Influência dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem.**

Passa-se a apresentar as diferentes categorias e respectivos indicadores.

No que respeita à afirmação **“A introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem ao implementar os planos tipo e os manuais de cuidados contribuem para a mecanização do trabalho de enfermagem”** (Q.1.6), surgiu a categoria “Mecanização do Trabalho” constituída por seis indicadores ou códigos substantivos.

3.4.1. Categoria: Mecanização do Trabalho

Constata-se que o indicador ou código substantivo que mais se salienta é o **“Sistema SAPE [CIPE] possibilidades de opção”**, com 7 unidades de enumeração, seguido dos indicadores **“Actualização profissional”** e **“Influência das características individuais”**, ambos com 3 unidades de enumeração. Os indicadores **“Dificuldades operacionais”**, **“Características do trabalho”** e **“Beneficiário de intervenção de enfermagem: pessoa”**, apresentaram 2 unidades de enumeração, conforme representada no quadro 7.

Quadro 7 – Síntese da Categoria Mecanização do trabalho

Categoria	Indicadores	Unidades de enumeração
Mecanização do trabalho	Sistema SAPE [CIPE]: possibilidades de opção	7
	Actualização profissional	3
	Influência das características pessoais	3
	Dificuldades operacionais	2
	Características do trabalho	2
	Beneficiário da intervenção de enfermagem: pessoa	2
Total		19

Uma das preocupações dos impulsionadores dos SIE na prática (PAIVA, 2000; SOUSA, 2005; entre outros), era que a utilização de planos tipo, ligada à uniformização dos cuidados e à utilização do sistema aplicativo informático SAPE – [CIPE],

conduzisse a uma prática mecanizada, se o enfermeiro apenas se limitasse a “clicar” sobre as “cruzinhas” e não desenvolvesse habilidades e capacidades de crítica, inovação, criatividade, raciocínio na prestação de cuidados.

Todavia, essa preocupação foi abandonada, porquanto o sistema dispõe de espaços livres que podem ser accionados pelo enfermeiro sempre que considerar necessário.

O indicador **“Sistema SAPE [CIPE]: possibilidade de opção”** confirma-nos essa possibilidade do sistema, através das asseverações dos respondentes:

“O enfermeiro tem sempre a opção de escolher as intervenções específicas para o doente porque há uma variedade de intervenções que pode escolher...” (R3; R15; R18; R26);

“...as intervenções variam de doente para doente.” (R25).

O risco de que os planos tipo conduzam a uma concepção mecanicista do trabalho não é defendido pelos respondentes. No entanto, na opinião de um respondente, a possibilidade de o trabalho vir a ser limitado aos planos padronizados pode ocorrer:

“Pode haver essa tendência...” (R29).

No indicador **“Actualização profissional”** encontram-se fortes argumentos que demonstram a necessidade de o enfermeiro continuar a estudar e que contestam a afirmação:

“...temos que pesquisar para podermos elaborar os diagnósticos de enfermagem e delinear as intervenções. Não basta “clicar” no que já existe.” (R1);

“A rotina só acontece se o enfermeiro se limitar ao que está no sistema e não se preocupar em aprofundar os conhecimentos sobre os diagnósticos de enfermagem seleccionados para aquela situação, sobre as actividades de enfermagem que vai desenvolver, sobre a patologia que causou o estado de doença...” (R15);

“O enfermeiro tem necessidade de estudar, de pesquisar de fazer formação para poder decidir, intervir. A actualização é uma constante. Como posso diagnosticar sem ter conhecimentos, só a experiência não chega...” (R18).

A implementação dos sistemas de informação na prática de enfermagem com base no modelo processo de enfermagem levou a que a intervenção de enfermagem seguisse esse modelo conceptual, que inclui os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, componentes essenciais dos SIE.

A realização dos diagnósticos e a prescrição das intervenções requerem saberes. O enfermeiro tem que estudar, actualizar-se para poder decidir e intervir com segurança. Como pode afirmar que o doente tem um determinado problema, se desconhece os mecanismos da doença? Como pode prescrever acções de enfermagem se desconhece as consequências da doença?

Isso representa estudo e pesquisa, para além da experiência que possa servir de ajuda na definição do diagnóstico e na prescrição das intervenções.

No indicador **“Influência das características pessoais”** as referências a essa condição estão evidenciadas nos depoimentos dos respondentes:

“A padronização dos cuidados não é sinónimo de não formação, de paragem na aprendizagem. Cada um é quem decide de acordo com os seus interesses e ambições.” (R24);

“Penso que depende do enfermeiro. O chegar ao serviço e não desenvolver um trabalho criativo, mostrar que tem conhecimentos, tomar decisões, apenas limitar-se às sugestões do sistema, não pode ser atribuídas responsabilidades ao sistema informático, mas antes ao enfermeiro.”

“Se os enfermeiros apenas se limitarem a “clicar” não mostrando interesse em saber porque estão a optar por aquele diagnóstico e por aquelas intervenções, se não se interessarem por se actualizar então...” (R3).

As potencialidades dos sistemas são muitas de acordo com a opinião dos criadores ou dos utilizadores do sistema. Os enfermeiros portugueses envolvidos no processo de concepção, desenvolvimento e implementação do sistema SAPE [CIPE] com o apoio do IGIF da Região Norte [ver estudo do enfermeiro PAIVA (2000) e do enfermeiro SOUSA (2005), entre outros] e do SCD/E, apoiados pelo IGIF da Região Lisboa e Vale do Tejo, defendem que os sistemas são instrumentos com imensas potencialidades e que a concepção de um trabalho mecanicista não está relacionada com os sistemas de informação, mas com as características individuais de cada um.

No indicador **“Risco reduzido de mecanização do trabalho”** os respondentes ressaltam que:

“O sistema não é estanque. É um sistema dinâmico, aberto a mudanças.”, “Já existem grupos de reflexão e intervenção para que o SAPE [CIPE] seja actualizado.” (R26).

Os enfermeiros podem sempre adicionar aos campos destinados a texto livre sugestões que considerem importantes para a consecução de boas práticas, o que implica por parte destes profissionais da saúde o desenvolvimento de um exercício reflexivo, que requer capacidades analíticas e de raciocínio sobre a prática desenvolvida. Requer pensar sobre os cuidados prestados, as técnicas e os procedimentos realizados e as necessidades de mudança. Tudo isto realça o investimento feito por cada um e pelo colectivo no desenvolvimento de uma prática com elevada qualificação técnica, científica e ética, libertando o grupo de um trabalho rotineiro e desmotivante.

No indicador **“Características do trabalho”** as respostas dos respondentes retratam o dia-a-dia laboral, marcado pela incerteza dos acontecimentos, ainda que as rotinas façam parte do trabalho destes profissionais:

“O risco de que o trabalho seja marcado pela rotina é muito baixo dadas as características do próprio trabalho. No dia-a-dia de trabalho, somos confrontados com situações inesperadas porque o doente complica, porque o médico necessita de mais um exame porque os resultados dos exames anteriores sugerem essa necessidade, porque somos solicitados constantemente pelos colegas, pelos médicos, pelos doentes, pelas visitas. Não é sem dúvida nenhuma um trabalho rotineiro. Existem rotinas sim, mas o trabalho em si caracteriza-se mais pela imprevisibilidade do que pela rotina.” (R4)

“Jamais se pode considerar o trabalho feito, dado ser um trabalho marcado pela imprevisibilidade...” (R5).

O cuidar, e mais concretamente o exercício profissional dos enfermeiros, é marcado pela imprevisibilidade. A prática de enfermagem é desenvolvida no interior de um palco marcado pela pluralidade de interacções que leva constantemente a interrupções e a alterações do plano de trabalho, com necessidade de reajustamento das

actividades a cumprir, que reduzem, desse modo, as probabilidades de o trabalho poder ser considerado uma rotina.

São os médicos, os auxiliares, os familiares, os doentes, etc., que solicitam a atenção do enfermeiro. São as complicações que ocorrem, as urgências a atender, uma panóplia de acontecimentos que definem mais um trabalho caracterizado pela incerteza do que pelas rotinas. Obviamente que existem rotinas, mas as características do trabalho em si levam a que estes profissionais tenham que lidar constantemente com alterações e adaptações a essas mudanças no quotidiano laboral.

No indicador **“Beneficiário da intervenção de enfermagem: pessoa”** os respondentes reforçam mais a ideia de que o trabalho de enfermagem não é um trabalho marcado pela rotina, porquanto são as pessoas o objecto de trabalho dos enfermeiros:

“...e por ter como alvo o ser humano.” (R5).

“Como pode ser rotineiro se o nosso objecto de trabalho são as pessoas?” (R20).

A questão **“Refira aspectos que considere negativos na aplicação dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem”** (Q.1.17), fez emergir a categoria **“Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE]”**, que reuniu sete indicadores ou códigos substantivos.

3.4.2. Categoria: Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE]

O indicador com maior número de enumerações foi **“Desconhecimento de aspectos negativos”**, com 7 unidades de enumeração. Com 6 unidades de enumeração regista-se o indicador **“Dificuldade na utilização da linguagem CIPE”**, seguido dos indicadores **“Redução do tempo para o doente”**, **“Redução do tempo para a realização das outras actividades de enfermagem”**, com 2 unidades de enumeração. Os indicadores: **“Limitações do sistema”** e **“Valorização dos registos e não**

valorização do processo de cuidados” foram os menos referidos, com 1 unidade de enumeração cada. Ver Quadro 8.

Quadro 8 – Síntese da categoria Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE]

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Aspectos negativos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE]	Desconhecimento de aspectos negativos	7
	Dificuldade na utilização da linguagem CIPE	6
	Redução do tempo para o doente	2
	Redução do tempo para a realização das outras actividades de enfermagem	2
	Limitações do sistema	1
	Valorização dos registos e não valorização do processo de cuidados	1
Total		19

A maioria dos hospitais portugueses está na fase de implementação dos SIE, sobretudo do sistema SAPE [CIPE]. Mesmo nos hospitais onde este processo foi iniciado há já algum tempo, o facto de não ter sido implementado simultaneamente em todos os serviços, leva a que haja atrasos e dificuldades na operação do sistema aplicativo por parte dos utilizadores.

Por outro lado, para alguns enfermeiros, as dificuldades são a dobrar porque, para além de terem que se adaptar à linguagem CIPE, têm que aprender a utilizar a aplicação SAPE (aplicação informática, desenvolvida pelo IGIF, concebida com base na linguagem CIPE). Deste modo, a percepção sobre as suas potencialidades é também afectada.

O facto de o sistema SAPE [CIPE] ter poucos anos de existência pode ser uma das razões que leva os utilizadores a desconhecer aspectos negativos deste aplicativo. Através da análise das respostas dos respondentes constatou-se ser este indicador o que maior número de unidades de enumeração obteve.

Indicador: **“Desconhecimento de aspectos negativos”**. A este respeito referem:

“Não encontro aspectos negativos da aplicação dos SIE na prática.” (R4; R6; R8; R15; R19; R22).

“Desconheço ainda.” (R17).

O sistema de classificação para as práticas de Enfermagem: CIPE foi um sistema pensado e desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros desde 1989. Desde então têm sido imensos os esforços dos enfermeiros de todo o mundo para melhorar e desenvolver este sistema de classificação.

Os enfermeiros utilizadores têm revelado algumas dificuldades em habituarem-se a trabalhar com esta linguagem, o que cria dificuldades operacionais.

No indicador **“Dificuldade na utilização da linguagem CIPE”** pode-se observar, a partir do discurso dos respondentes, algumas dificuldades na utilização da linguagem CIPE, nomeadamente:

“Dificuldade em definir os conceitos.” (R25; R26).

“Dificuldade na selecção dos conceitos.”, “A linguagem CIPE é complexa.” (R18).

“Dificuldade inicial na sua operacionalização.” (R23)

As dificuldades de adaptação à linguagem CIPE, associada às dificuldades em utilizar o sistema aplicativo por falta de conhecimentos em informática por parte de alguns dos utilizadores, sobretudo os enfermeiros mais “velhos”, poderá ter como efeito colateral maior tempo gasto pelos enfermeiros a documentar as actividades de enfermagem no sistema aplicativo.

Nos indicadores **“Redução do tempo para o doente”** e **“Redução do tempo para a realização das outras actividades de enfermagem”** os respondentes realçam que o tempo ocupado com os registos aumenta em prejuízo do tempo livre para outras actividades ou para estar com o doente:

“O tempo gasto com os sistemas a registar traduz-se na menor disponibilidade para o doente.” (R11).

“Retira-nos tempo para o doente.”, “Ocupação do tempo a registar, reduzindo o tempo disponível para realizar outras actividades nomeadamente a relação de inter-ajuda.” (R20).

“Tempo dispendido para os registos é maior, fica-se com menos tempo para realizar outras coisas.” (R25).

No indicador **“limitações do sistema”** encontra-se uma opinião reveladora de algumas dificuldades inerentes ao próprio sistema aplicativo, tais como:

“Problemas informáticos – demora para aceder ao plano de cuidados ou para imprimir o plano.” (R24).

Estas dificuldades poderão estar na origem do maior tempo gasto pelos enfermeiros com o sistema e, por conseguinte, ficarem com menos tempo para outras actividades, como por exemplo, mais tempo para o doente/família.

Na opinião de alguns dos utilizadores dos sistemas, estes não são mais do que instrumentos que auxiliam o enfermeiro na realização das suas actividades, sobretudo no campo da documentação e da gestão (SCD/E).

Esses utilizadores consideram que o uso destes instrumentos na prática de enfermagem não vai fazer melhor ou pior enfermagem, como não vai transformar um “mau” enfermeiro num “bom” enfermeiro, ou vice-versa.

Para outros, estes sistemas são percebidos como “a varinha mágica”, a solução para todos os problemas da profissão.

Outros alertam, ainda, para o risco de os enfermeiros estarem a valorizar demasiado estes instrumentos e estarem a dar menor importância a outros aspectos da profissão.

Na realidade, um número significativo dos enfermeiros utilizadores do sistema aplicativo SAPE [CIPE] está concentrado em aprender a funcionar com o sistema e em utilizar a linguagem CIPE. Essa situação poderá estar eventualmente a comprometer os cuidados prestados ao doente, porque a preocupação maior vai para a documentação.

No indicador **“Valorização dos registos e não valorização do processo de cuidados”**, uma das respondentes expressa essa preocupação ao afirmar:

“...o que é importante são os registos. O modo como os cuidados são feitos não é considerado.” (R20).

Relativamente à questão **“A mobilidade é uma das medidas estratégicas adoptadas pelo vértice estratégico (Direcção de enfermagem) para colmatar o défice de recursos humanos de enfermagem nos serviços. Concorda com esta política? (Q.3.5)**, emergiu a categoria **“Política de mobilidade”** da qual derivaram dois indicadores.

3.4.3. Categoria: Política de mobilidade

O indicador **“Resultados positivos da política de mobilidade para o enfermeiro”**, com 6 unidades de enumeração, aproxima-se do indicador **“Resultados negativos da política de mobilidade para o enfermeiro”**, com 5 unidades de enumeração. As opiniões dos respondentes são muito equilibradas no que tange a esta questão. Ver Quadro 9.

Quadro 9 – Síntese da Categoria Política de mobilidade

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Política de mobilidade	Resultados positivos da política de mobilidade para o enfermeiro	6
	Resultados negativos da política de mobilidade para o enfermeiro	5
Total		11

A escassez de recursos humanos de enfermagem levou à necessidade de se criar um pacote de medidas capazes de solucionar o problema.

As agências de recrutamento foram uma das estratégias adoptadas por alguns hospitais. Outros optaram pelas equipas móveis, outros ainda decidiram-se pela mobilização dos enfermeiros inter-serviços sempre que fosse detectada a falta de elementos de enfermagem para garantir o funcionamento dos serviços.

Estas medidas, essencialmente a mobilidade de enfermeiros inter-serviços, geraram entre os enfermeiros vários sentimentos. Uns consideraram-nas uma oportunidade de aprendizagem, de conhecimento de outras realidades, que teria como efeito colateral crescimento pessoal e profissional. Outros consideraram-na uma “má” política, que não traria qualquer benefício, quer aos enfermeiros, quer ao serviço.

Para os enfermeiros gestores e para os administradores hospitalares esta é uma medida “útil” e “acertada” num período comandado pela “contenção das despesas”.

Nos indicadores **“Resultados positivos da política de mobilidade para o enfermeiro”** e **“Resultados negativos da política de mobilidade para o enfermeiro”** foram encontradas ambas as posições.

No indicador **“Resultados positivos da política de mobilidade para o enfermeiro”** as opiniões proferidas foram no sentido da concordância com a política de

mobilidade; no indicador **“Resultados negativos da política de mobilidade para o enfermeiro”** as manifestações de discordância são evidenciadas nos discursos dos respondentes.

Indicador: **“Resultados positivos da política de mobilidade para o enfermeiro”**:

- *“Proporciona enriquecimento profissional, ao possibilitar novas experiências e outros conhecimentos”* (R1).
- *“Há partilha de experiências, de conhecimentos, etc., etc., que contribuem para os saberes práticos e para o saber-saber”* (R10).
- *“Possibilidade de aquisição de novas experiências e de aquisição de conhecimentos”* (R18).
- *“Permite adquirir uma maior quantidade de saberes diversificados.”* (R21).
- *“Proporciona o contacto com outras formas de trabalho, e por conseguinte, novos conhecimentos, novas formas de cuidar.”* (R22).
- *“Uma visão diferente de um colega de outro serviço pode gerar discussão e daí enriquecimento de conhecimentos.”* (R26).

Indicador: **“Resultados negativos da política de mobilidade para o enfermeiro”**:

- *“...cria insatisfação pois ninguém gosta de mudar.”, “As pessoas não gostam de andar de um lado para o outro, sentem necessidade de se sentirem ligados a um*

determinado serviço. Além de que cada serviço tem uma organização diferente e situações diferentes.” (R22).

■ *“A mobilidade não traz benefícios para ninguém, nem para o enfermeiro, nem para o serviço, nem para o doente. Só gera insatisfação profissional.” (R3; R15).*

■ *“A mobilidade sendo ocasional leva a que o enfermeiro apenas seja um executor de tarefas não estando envolvido na concepção dos cuidados a prestar ao doente. Ora, só causa insatisfação e descontentamento.” (R4).*

No que diz respeito à questão **“Identifique as mudanças ocorridas na prática de enfermagem decorrentes da introdução dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] (Q.5),** surgiu a categoria **“Mudanças na prática de enfermagem”**, que agrupou quatro indicadores.

3.4.4. Categoria: Mudanças na prática de enfermagem

O indicador com maior número de unidades de enumeração foi **“Visibilidade do trabalho de enfermagem”**, com 6 unidades de enumeração. O segundo indicador mais referido foi o indicador **“Reflexão sobre as práticas”**, com 3 unidades de enumeração. Dentro da mesma linha aparece o indicador **“Pensar sobre os cuidados”**, com 2 unidades de enumeração e, por último, com 1 unidade de enumeração surge o indicador **“Realização de investigação”**, conforme apresentado no Quadro 10.

Quadro 10 – Síntese da categoria Mudanças na prática de enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Mudanças na prática de enfermagem	Visibilidade do trabalho de enfermagem	6
	Reflexão sobre as práticas	3
	Pensar sobre os cuidados	2
	Realização de investigação	1
Total		12

Um dos objectivos do estudo é verificar quais foram os impactos dos SIE: SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem. A partir da análise das opiniões dos respondentes constata-se que a “**Visibilidade do trabalho de enfermagem**” é indicada como um dos efeitos maiores da implementação da CIPE na prática de enfermagem.

Na literatura produzida sobre a CIPE, e em quase todos os artigos escritos sobre o tema, encontra-se evidenciado que uma das vantagens da CIPE é dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. A CIPE é, de facto, considerada pelos enfermeiros envolvidos no seu processo de concepção e implementação uma ferramenta “...fundamental para a produção de informação sobre a prática de enfermagem...” (JESUS, 2006:17).

Na divulgação da tradução portuguesa da CIPE versão 1.0, o enfermeiro Silva, coordenador do trabalho de tradução desta nova versão, também declarava que uma das vantagens da CIPE era: “...permitir dar relevo a muito do trabalho que o enfermeiro tem feito, mas que tem passado despercebido...” (SILVA, 2006:19).

Os respondentes do estudo, na qualidade de enfermeiros utilizadores do sistema aplicativo SAPE [CIPE], também perceberam a “**visibilidade do trabalho de enfermagem**” como um dos efeitos colaterais dos registos de enfermagem e, portanto, uma mais valia da implementação da CIPE na prática:

“Os registos dão maior visibilidade à profissão.” (R15; R20).

“O registar o que fazemos dá visibilidade ao nosso trabalho.” (R19; R26).

“Ao registarmos as nossas actividades estamos a dar mais visibilidade aos cuidados de enfermagem.” (R21; R24).

A “**Reflexão sobre as práticas**” aparece referida como um dos efeitos positivos da implementação da CIPE, quer nos estudos feitos sobre a CIPE quer nos artigos produzidos sobre o tema.

É também apontada pelos respondentes como um dos efeitos colaterais do registo das actividades de enfermagem:

“Ao registarmos o que fazemos permite-nos depois reflectir sobre a nossa acção.” (R1).

“O registo das nossas acções faz com que se reflecta mais sobre aquilo que fazemos ou deveríamos fazer.” (R10).

“Ao promover a documentação das nossas actividades permite-nos reflectir.” (R26).

O **“Pensar sobre os cuidados”** é, na opinião dos respondentes, não um dos efeitos maiores da implementação da CIPE, mas, no entanto, é um efeito positivo para a prática de enfermagem:

“O facto de registarmos o nosso trabalho permite-nos depois analisar os cuidados que prestamos e pensar em novas formas de cuidar.” (R12; R25).

É reflectindo sobre o que se faz e avaliando o que se fez, que se pode identificar o que está menos bem e mudar. Ou, ao contrário, identificar o que está bem e promover as boas práticas. Tais atitudes terão como consequência uma melhor prestação de cuidados.

A **“Realização de investigação”** tenderá a ser mais desenvolvida no futuro. O sistema aplicativo oferece essa possibilidade, mas o facto de a maior parte dos enfermeiros ainda se encontrar na fase de adaptação ao sistema aplicativo e à linguagem CIPE, não permite que essa seja considerada uma área prioritária.

O registo das actividades de enfermagem vai permitir a obtenção de dados que poderão depois de analisados e interpretados, fornecer informação importante para a área da prestação de cuidados.

Essa potencialidade é vislumbrada por um dos respondentes:

“A documentação das actividades de enfermagem permite ao sistema produzir indicadores que podem ser usados para a investigação em enfermagem.” (R26).

Frisamos que a maioria dos respondentes não abordou os efeitos da implementação do SCD/E. O sistema aplicativo SAPE [CIPE] abrangeu a maior parte das respostas dos inquiridos. Verificou-se que os hospitais que tinham implementado o SCD/E estavam na fase de implementação da CIPE quando os questionários foram aplicados. Provavelmente, esse factor terá contribuído para que as suas respostas tendessem mais para o sistema SAPE [CIPE] do que para o SCD/E.

3.5. Análise de conteúdo das Entrevistas Semi-Estruturadas

Procedeu-se a uma análise separada dos dois sistemas, por se tratar de sistemas de informação com particularidades diferentes. O SCD/E, é essencialmente um sistema direccionado para a gestão, enquanto que, o SAPE com base na linguagem CIPE, é um sistema voltado para as actividades de enfermagem. Contudo a caracterização da amostra é feita em relação aos 9 entrevistados.

Após a caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da amostra, apresenta-se a análise de conteúdo do SCD/E e depois a análise de conteúdo do SAPE [CIPE].

3.5.1. Caracterização do Perfil Sócio-Demográfico dos inquiridos

É importante ressaltar que os sujeitos deste grupo amostral ocupam o cargo de enfermeiros chefes ou de coordenação das unidades de internamento onde o estudo foi realizado.

3.5.1.1. Composição da amostra segundo o grupo etário e a idade

Como se pode observar através da Tabela 3, as idades dos inquiridos estão compreendidas entre os 38 e os 56 anos. Situam-se maioritariamente no grupo etária entre os 30-40 anos, representando 56% do total. Contudo, 33% dos inquiridos situam-se no intervalo de idades dos 41-50 anos.

Em relação ao género, a esmagadora maioria da amostra é do sexo feminino, registando-se 8 mulheres (89%) e somente 1 homem (11%), tal como se pode verificar na Tabela 3. Este facto confirma, uma vez mais, o predomínio do sexo feminino na profissão de enfermagem.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de enfermagem por grupo etária e sexo

Idade	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
30-40	1	11	4	44
41-50	0	0	3	33
51-60	0	0	1	11
Total	1	11%	8	88

3.5.1.2. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o cargo que ocupam

De acordo com os dados expostos no Gráfico 27, verificou-se que a maioria dos inquiridos ocupa o cargo de chefia (89%) e que apenas 1 (11%), ocupa o cargo de enfermeiro coordenador, isto é, assumindo as funções de chefia na ausência do enfermeiro chefe.

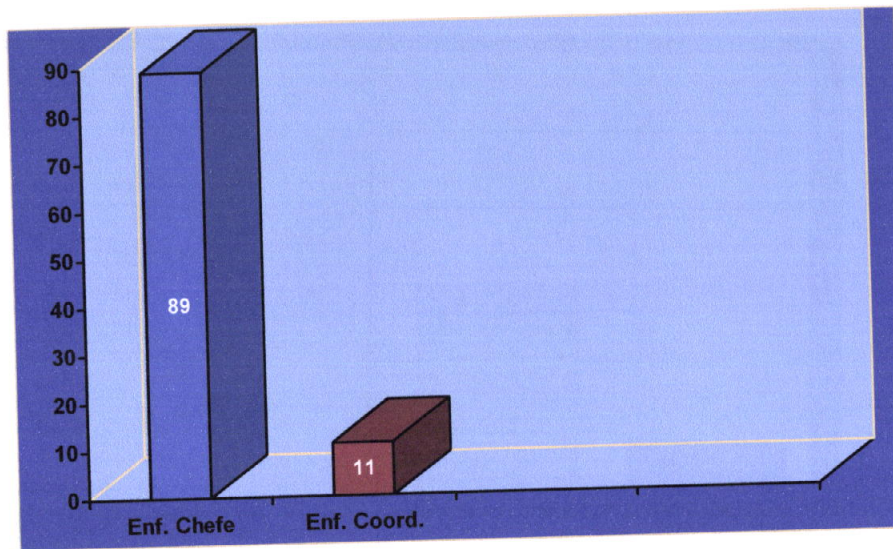


Gráfico 27 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o cargo que ocupam

3.5.1.3. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o grau de formação profissional

A partir dos dados da Tabela 4 constata-se que a maioria dos inquiridos (89%) é enfermeiro especialista e somente 1 (11%) é enfermeiro graduado.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo o grau de formação profissional

Grau de Formação Profissional	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Enfermeiro Graduado	0	0	1	11
Enfermeiro especialista	1	11	7	78
Total	1	11	8	89

3.5.1.4. Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os anos de exercício profissional

Relativamente ao tempo de serviço verifica-se, de acordo com os valores do Gráfico 28, que a maior parte dos profissionais de enfermagem (5) têm 20 ou mais anos de exercício profissional, seguidos dos que têm entre 11 a 20 anos (3) e 5 a 10 anos apenas com 1 dos inquiridos.

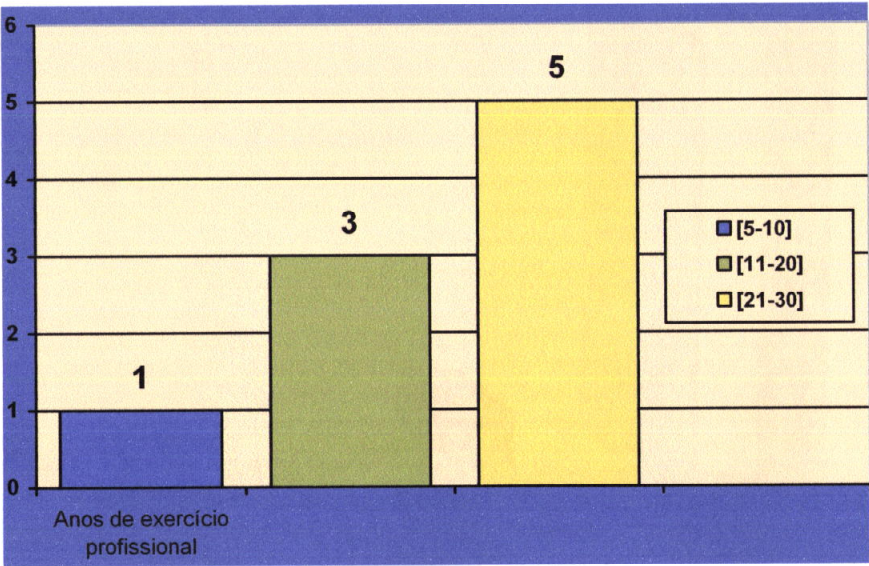


Gráfico 28 – Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo os anos de exercício profissional

3.6. Análise de Conteúdo das respostas dos entrevistados sobre o SCD/E

Após a transcrição e leitura exaustiva das entrevistas extraiu-se categorias temáticas. No decorrer do trabalho apenas se apresentam as tabelas relativas às categorias, subcategorias e respectivos indicadores. De seguida lista-se as categorias e subcategorias delineadas.

3.6.1. Categoria Organização do Trabalho

A categoria Organização do trabalho, agrupa 2 indicadores, com 12 unidades de enumeração. Ver Tabela 5.

Tabela 5 – Síntese da Categoria: Organização do Trabalho

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Organização do trabalho	Método individual de Trabalho	4
	Consequências práticas do Método Individual de Trabalho	8
	Total	12

O “**método individual de trabalho**” regista 4 unidades de enumeração, confirmando-se como o método mais utilizado, sendo mesmo referido que:

“O método individual de trabalho é uma das condições para a utilização deste sistema.” (E7).

No que respeita às **“consequências práticas”** do método verifica-se que em 8 unidades de numeração os inquiridos salientam o facto de o método permitir a diversos agentes saberem a quem se dirigir:

“...o doente e os familiares sabem a quem se dirigir.” (E3, E4).

“Os médicos, e os demais profissionais de saúde intervenientes do processo de cuidados também sabem a quem se dirigir...” (E3).

Por outro lado, o método responsabiliza o enfermeiro e liga-o directamente ao doente, assegurando-se cuidados individualizados:

“...responsabilidade do enfermeiro por tudo o que se passa com o doente durante o seu turno...” (E4).

“...cuidados de enfermagem individualizados.” (E3).

3.6.2. Categoria Impactos do SCD/E na prática de enfermagem

Quanto à categoria Impactos do SCD/E na Prática de Enfermagem originou a Subcategoria **Influência do SCD/E na prática de enfermagem**, com 11 indicadores e 64 unidades de enumeração. Ver Tabela 6.

Tabela 6 – Síntese da Subcategoria: Influência do SCD/E na prática de enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Influência do SCD/E na prática de enfermagem	Utilização do Processo de Enfermagem	1
	Influência do SIE: SCD/E na aplicação do Processo de Enfermagem	6
	Consequências práticas da aplicação do Processo de Enfermagem	12
	Influência do SIE: SCD/E no planeamento dos cuidados	5
	Consequências práticas do planeamento dos cuidados	3
	Influência do SIE: SCD/E na construção e utilização do Plano de Cuidados	6
	Consequências práticas da construção e utilização do Plano de Cuidados	5
	Influência do SIE: SCD/E na construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem	4
	Consequências práticas da construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem	13
	Influência do SIE: SCD/E na prescrição das intervenções/acções de enfermagem	3
	Influência do SIE: SCD/E na avaliação do trabalho	6
Total		64

3.6.2.1. Subcategoria Influência do SIE: SCD/E na prática de enfermagem

Os indicadores da subcategoria **“influência do SIE: SCD/E na prática de enfermagem”** evidenciam muito claramente a influência do SIE nas práticas de aplicação do Processo de Enfermagem (12 unidades de enumeração) e da construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem (13 unidades de enumeração). Um segundo grupo mais referenciado, embora bastante distante dos dois indicadores citados, respeita às consequências da aplicação do Processo de Enfermagem (6 unidades de enumeração), construção e aplicação do Plano de Cuidados (6 unidades de enumeração), avaliação do trabalho (6 unidades de enumeração). Estas unidades de enumeração representam 2/3 do total das unidades referenciadas.

Relativamente às “**consequências práticas da aplicação do Processo de Enfermagem**”, os inquiridos realçam, entre outros, os seguintes aspectos relevantes:

“...o enfermeiro deixou de olhar só para os problemas biomédicos e passou a se preocupar também, com as respostas do doente aos problemas que o afectam.” (E7)

“...preocupação em fundamentar porquê o cuidado X é feito desta maneira e não daquela.”, “...promove um cuidar estruturado, seguindo as etapas do método científico: colheita de dados; análise e interpretação; planeamento e avaliação.” (E3)

Por conseguinte, verifica-se uma forte influência positiva no modo de estruturação dos cuidados, bem como nas respostas específicas proporcionadas ao doente e aos problemas que o afectam.

No que respeita às “**consequências práticas da construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem**”, os inquiridos referem nomeadamente:

“...importantes para determinarmos a natureza e extensão dos problemas apresentados pelo doente que necessita de cuidados de enfermagem.” (E3)

“...são a base para o planeamento dos cuidados...”, “Estimula a capacidade de raciocínio e de decisão.”, “...leva os enfermeiros a trocarem pontos de vista e a analisarem a situação ou problema do doente a partir de diferentes perspectivas.”, “...diagnósticos de enfermagem, vão permitir ao enfermeiro estabelecer prioridades sobre os cuidados a realizar...”, “...contribui para o enfermeiro mostrar ao doente família e comunidade o que faz...” (E7).

Os inquiridos evidenciam a importância dos impactos verificados na construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem como decisivos para o restante trabalho de enfermagem. Os diagnósticos permitem planejar os cuidados, determinam a natureza e a extensão dos problemas, estimulam o raciocínio e a decisão mediante diferentes perspectivas que são proporcionadas, facilitam o estabelecimento de prioridades e ainda contribuem para dar maior visibilidade ao trabalho de enfermagem.

A influência dos SIE: SCD/E é ainda bastante significativa no que respeita à “aplicação do Processo de Enfermagem”:

“Este sistema na base tem o Processo de Enfermagem.”, “Os sistemas de informação têm que ser construídos a partir desta base.” (E7).

“...a implementação do SCD/E só veio dar mais ênfase à utilização do Processo de Enfermagem, que é, agora aplicado por todos nós...”, “Agora faz parte da nossa ferramenta de trabalho.” (E3).

Este indicador evidencia que o Processo de Enfermagem está na base do sistema e que este consolidou a sua utilização tornando-o uma ferramenta quotidiana de trabalho de todos os enfermeiros.

Construção e “Aplicação do Plano de Cuidados”:

“...actualmente, todos os enfermeiros da instituição fazem o plano de cuidados... essencialmente agora que estamos a iniciar a implementação da CIPE.” (E3).

“...enfermeiro ao identificar o problema do doente, estabelece resultados a atingir com as acções propostas para a resolução daquele problema. Está a fazer o planeamento.”, “O

planeamento envolve as intervenções de enfermagem, com vista a atingir os resultados esperados.” (E7).

O indicador realça o facto de todos os enfermeiros efectuarem o plano de cuidados, que se baseia na identificação do problema do doente e que se orienta para resultados concretos e esperados.

“Avaliação do Trabalho”:

“...o facto de não registarmos as acções desenvolvidas não nos era possível conhecer os resultados do trabalho efectuado.”

“...efectuar os registos das actividades faculta a avaliação do trabalho.”

“...ganhos com a implementação deste sistema é a avaliação do trabalho realizado.”

“A implementação deste sistema e sobretudo da CIPE vem facilitar esta actividade dado que há um registo das actividades desenvolvidas pelos enfermeiros.” (E3; E4; E7).

O indicador revela a importância que o SCD/E tem no que respeita à avaliação do trabalho do enfermeiro, porquanto antes dos registos pormenorizados das actividades não havia referencial para uma avaliação rigorosa do trabalho realizado.

Em suma, os inquiridos referem que influência do SCD/E permitiu que todos os enfermeiros apliquem o Processo de Enfermagem, consolidou a elaboração do Plano de Cuidados orientado para o alcance dos resultados a partir da identificação do problema do doente e viabilizou a Avaliação do Trabalho com base no registo das actividades desenvolvidas pelos profissionais.

3.6.3. Categoria Impactos do SCD/E na Área de Intervenção de Enfermagem

Relativamente à categoria Impactos do SCD/E na Área de Intervenção de Enfermagem, originou a subcategoria Influência do SCD/E na prática de enfermagem com 7 indicadores e 35 unidades de enumeração. Ver Tabela 7.

Tabela 7 – Síntese da Subcategoria Influência do SCD/E na Área de Intervenção de enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Influência do SIE: SCD/E na área de Intervenção de enfermagem	Influência do modelo biomédico no campo de acção de enfermagem/instituições de saúde	10
	Área de atenção do enfermeiro	8
	Razões que levam a optarem pelo modelo biomédico	8
	Área de intervenção de enfermagem	3
	Consequências práticas do SCD/E no campo de intervenção de enfermagem	3
	SCD/E sistema arquitectado por enfermeiros portugueses	2
	Influência das características pessoais na definição da área de atenção do enfermeiro	1
Total		35

3.6.3.1. Subcategoria Influência do SCD/E na área de intervenção de enfermagem

A subcategoria **“influência do SCD/E na área de intervenção de enfermagem”** é composta por 7 indicadores, dos quais 3 indicadores representam praticamente $\frac{3}{4}$ das unidades de enumeração.

O indicador “Influência do modelo biomédico no campo de acção de enfermagem/instituições de saúde”, mostra o peso do modelo e da cultura médica nos contextos de trabalho hospitalar, como presente nas falas dos entrevistados:

“...o modelo biomédico ainda estar muito presente entre nós.”
(E3).

“Durante muitos anos fomos treinadas a cumprir ordens médicas, a desenvolvermos a parte interdependente.”, “...o modelo vigente no hospital ser o modelo biomédico também contribui para que se desenvolva uma prática voltada para o campo biológico.” (E4).

“Verifica-se nos hospitais que continua-se a não valorizar as actividades independentes mas sim as interdependentes...” (E7).

O indicador revela que, não obstante a influência do SCD/E na área de intervenção da enfermagem, o modelo biomédico continua a prevalecer, quer por ser um modelo vigente há longo tempo, quer porque os profissionais foram muito mais treinados para as acções interdependentes do que para as acções independentes de enfermagem.

Indicador “Razões que levam a optarem pelo modelo biomédico”. A este respeito afirmam os entrevistados:

“Não tem a ver com os sistemas mas com a formação de base que receberam e com as características do indivíduo em si.”
(E3).

“As intervenções autónomas eram pouco incutidas.”, “...mais fácil para quem está a começar basear-se no modelo biomédico, nas prescrições médicas do que nas acções autónomas de enfermagem.”, “...as prescrições médicas dão-lhes segurança e orienta-os nas actividades a realizar.”, “As pessoas eventualmente apoiam-se mais no modelo biomédico do que na relação porque esta é mais difícil de desenvolver.”, “A área da relação é mais complexa.” (E4).

O indicador confirma as unidades de enumeração do indicador anterior, realçando a formação de base dada aos indivíduos e a fraca inculcação das intervenções autónomas de enfermagem. Por outro lado, é muito clara a referência ao facto de ser mais fácil e seguro para os enfermeiros mais jovens seguir as prescrições médicas do que investir na área complexa das relações com o doente.

No que respeita à “Área de atenção do enfermeiro”, mencionam:

“...ao usarem no seu dia a dia o Processo de Enfermagem direccionam as suas acções mais para as áreas de intervenção de enfermagem.”, “As acções independentes ou autónomas são mais valorizadas...” (E3).

“...hoje a preocupação com a pessoa e não com o órgão doente é já muito defendida e desenvolvida no contexto das práticas de enfermagem.”, “...as acções de enfermagem começam a ganhar terreno...” (E4).

Não obstante os indicadores anteriores confirmarem a predominância do modelo biomédico, verifica-se que as acções independentes ou autónomas da enfermagem tendem a ser cada vez mais valorizadas e seguidas, privilegiando-se a preocupação com a pessoa em detrimento do órgão doente.

Em suma, a área de intervenção da enfermagem ainda possui um peso muito significativo do modelo biomédico, inclusive por razões que se prendem com as características dos enfermeiros, e especialmente dos enfermeiros mais jovens, cuja experiência no desenvolvimento da relação é menor, embora seja muito claro que o panorama começou a mudar e muitos enfermeiros já adoptaram o caminho das intervenções independentes ou autónomas de enfermagem.

3.6.4. Subcategoria Padronização dos Cuidados

A subcategoria Padronização dos Cuidados, reúne 2 indicadores, com 5 unidades de enumeração, conforme exposto na Tabela 8.

Tabela 8 – Síntese da Subcategoria: Padronização dos cuidados

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Padronização dos Cuidados	Consequências práticas da utilização dos Planos “Tipo”	2
	Consequências práticas da não utilização dos planos “Tipo”	3
Total		5

A subcategoria “**Padronização dos Cuidados**” aponta para as vantagens da padronização. Antes da padronização dos cuidados verificava-se que:

“Não havia uma uniformização nos procedimentos...”,
“...dificultava a avaliação dos resultados.” (E3).

A introdução da padronização dos cuidados mostra que:

“...planos “Tipo” promove a homogeneização dos cuidados, o que é bom...” (E3).

Em consequência, pode-se concluir que a padronização dos cuidados homogeneiza a prestação ao doente e permite uma avaliação mais rigorosa do trabalho de enfermagem.

3.6.5. Subcategoria Mecanização do Trabalho

A subcategoria Mecanização do Trabalho, congrega 2 indicadores e regista 3 unidades de enumeração. Ver Tabela 9.

Tabela 9 – Síntese da Subcategoria: Mecanização do Trabalho

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Mecanização do trabalho	Rotinas	1
	Risco de mecanização do trabalho	2
Total		3

A subcategoria “**Mecanização do Trabalho**” evidencia a necessidade das rotinas para o funcionamento das organizações:

“O hospital como tudo na nossa vida tem determinadas rotinas que fazem parte do seu dia a dia e que têm de ser cumpridas caso contrário seria um verdadeiro caos, ninguém se entenderia.” (E4).

Porém, os enfermeiros procuram atender também às necessidades dos doentes atendendo às características e preferências de cada um:

“...sempre que possível tentamos atender às particularidades de cada doente.”, “Na elaboração do plano de cuidados procuramos respeitar as suas preferências e singularidades.” (E4).

Tendo em conta o facto de se atender às especificidades de cada doente e à liberdade concedida ao enfermeiro pelo próprio sistema de informação, o risco de mecanização do trabalho parece afastado do trabalho de enfermagem se exceptuarmos as rotinas e a padronização de cuidados necessárias.

3.6.6. Subcategoria Reflexão

Nesta subcategoria agrupou-se um indicador, com 3 unidades de enumeração, como demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10 – Síntese da Subcategoria: Reflexão

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Reflexão	Reflexão sobre as práticas	3
Total		3

A subcategoria “**Reflexão**” é avaliada através do indicador “reflexão sobre as práticas”. A este respeito sublinha o E4:

“A construção dos manuais de procedimentos, de protocolos e de normas de actuação leva-nos a reflectir sobre a nossa prática.”, “Agora com a implementação da CIPE, a construção do Manual standard obriga-nos a uma reflexão sobre o nosso trabalho. Sobre o que fizemos, estamos a fazer e o que temos que mudar ou temos que melhorar.” (E4).

A necessidade que os enfermeiros têm de construir os seus próprios instrumentos no quadro do sistema de informação obriga a que a reflexão sobre as práticas seja realizada com vista à elaboração dos instrumentos de actuação, assim como no sentido de alcançar melhores práticas. A elaboração destes instrumentos possibilita pensar sobre o que é feito no âmbito dos cuidados de enfermagem, como é feito. Ou seja, permite aos profissionais de enfermagem analisar o trabalho feito e mudar porventura o que está mal.

3.6.7. Subcategoria Registos de Enfermagem

De acordo com os dados da Tabela 11, verifica-se que esta subcategoria reúne 2 indicadores e regista 14 unidades de enumeração.

Tabela 11 – Síntese da Subcategoria: Registos de Enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Registos de enfermagem	Consequências práticas dos registos de enfermagem	11
	Características dos registos	3
Total		14

A subcategoria **“Registos de Enfermagem”** é avaliada através dos indicadores: “Consequências práticas dos registos de enfermagem” e “características dos registos”.

Quanto ao indicador **“Consequências práticas dos registos de enfermagem”**, os entrevistados focam aspectos positivos decorrentes dos mesmos para a prática de enfermagem:

■ **Evita omissões por esquecimento:**

“...leva a que nos esqueçamos menos de fazer as coisas.” (E3).

■ **Avaliação do trabalho:**

“...permitem ao enfermeiro avaliar os resultados da sua intervenção.”

“...avaliar as respostas do doente aos cuidados de enfermagem desenvolvidos.” (E7).

■ **Investigação:**

“...indicadores sobre o que foi feito.” (E7).

■ Ocultação do trabalho de enfermagem:

“A falta de registos causa a ocultação do trabalho feito pelo enfermeiro...” (E7).

■ Visibilidade do trabalho de enfermagem:

[Registos] *“...suporte de papel é difícil mas com a aplicação informática é possível ver a visibilidade do trabalho dos enfermeiros.”*

“...evidencia o trabalho dos enfermeiros, ao fazer com que estes registem tudo o que fazem...” (E7).

“A documentação das actividades de enfermagem vai permitir mostrar o nosso trabalho.” (E4).

Os conteúdos das unidades de enumeração realçam claramente a importância que os registos têm para a visibilidade do trabalho de enfermagem. Por outro lado, permitem estruturar melhor o trabalho, responder mais adequadamente às necessidades dos doentes e melhorar a avaliação dos resultados das intervenções.

Quanto ao indicador **“Características dos Registos”**, obteve-se os seguintes depoimentos:

“...claros, objectivos...”, “...escritos numa linguagem padronizada...” (E3).

“Os registos passaram a ser mais objectivos e precisos do que no sistema anterior.” (E4).

Este indicador mostra que a linguagem padronizada tornou mais claros e objectivos os registos de enfermagem.

Em suma, os registos de enfermagem e as suas características beneficiaram largamente o trabalho de enfermagem, quer do ponto de vista da clareza e objectividade dos registos, quer do ponto de vista dos resultados alcançados, quer ainda no que respeita a uma maior visibilidade do trabalho de enfermagem.

3.6.8. Subcategoria Linguagem Padronizada

Obteve-se 2 indicadores e 34 unidades de enumeração como representado na Tabela 12.

Tabela 12 – Síntese da Subcategoria: Linguagem Padronizada

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Linguagem Padronizada	Consequências práticas da linguagem padronizada	7
	Consequências práticas da linguagem CIPE	2
Total		34

A subcategoria “**Linguagem Padronizada**” é avaliada através dos indicadores “Consequências práticas da linguagem padronizada” e “Consequências práticas da linguagem CIPE”.

Quanto ao indicador “**Consequências práticas da linguagem padronizada**”, realçam os entrevistados relativamente aos contributos da implementação deste sistema na prática de enfermagem:

“A uniformização da linguagem...” (E3).

“...o uso de uma linguagem comum é bom porque toda a gente sabe o que está escrito, é perceptível para todos.”, “Com o recurso a uma terminologia comum torna-se mais fácil expor para o papel o trabalho desenvolvido.”, “...os registos deixam de estar dependentes da facilidade de cada um em escrever.” (E4).

Este indicador mostra que as consequências práticas são evidenciadas no uso de uma linguagem comum por todos os profissionais, especialmente no que respeita ao entendimento comum sobre o que está escrito, facilitando a exposição objectiva do trabalho desenvolvido e uma informação mais clara, não dependente da maior ou menor facilidade de escrita dos profissionais de enfermagem.

Sobre as “**Consequências práticas da linguagem CIPE**”, sublinham:

“Estamos agora na fase de implementação da CIPE e isso vai-nos ajudar a mostrar o nosso trabalho.”, “As nossas acções passam a ter maior visibilidade”. (E4).

Este indicador realça, uma vez mais, a importância que o sistema de informação tem no que respeita à visibilidade do trabalho de enfermagem.

Em suma, a linguagem padronizada mostra claras vantagens sobre o método do passado, permitindo uma linguagem comum, clara e objectiva, bem como evidenciar, desse modo, os resultados do trabalho de enfermagem.

3.6.9. Categoria Impactos do SCD/E no campo relacional

A categoria Impactos do SCD/E no campo relacional, derivou da subcategoria Parceria no cuidar.

A partir da leitura da Tabela 13, constata-se que esta subcategoria anexa 4 indicadores, com 15 unidades de enumeração.

Tabela 13 – Síntese da Subcategoria: Parceria no Cuidar

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Parceria no cuidar	Interacção enfermeiro/doente	9
	Razões da não participação do doente nos cuidados	3
	Interacção enfermeiro/família	1
	Razões da não participação da família nos cuidados ao familiar doente	2
Total		15

A subcategoria **“Parceria no cuidar”** é avaliada através de 4 indicadores, mas um deles representa 60% das unidades de enumeração. Trata-se do indicador “Interacção enfermeiro/doente”, que sinaliza os seguintes registos principais:

*“O doente é envolvido logo no primeiro dia de internamento.”,
 “Sempre que prestamos cuidados o doente está a participar”, “Procuramos sempre solicitar a colaboração do doente, durante a higiene, quando faz o levante, quando faz fisioterapia.”,
 “Solicitamos a sua opinião. Há sempre esta interacção.” (E4).*

*“...quando o enfermeiro classifica o doente é o doente um parceiro no plano de cuidados aliás, ele é que é o responsável.”,
 “Os enfermeiros actuam em interacção com o doente/família, no sentido de promover, manter e/ou recuperar o nível de saúde do doente.” (E7).*

Todavia, é de referir que nem sempre o estímulo à participação do doente e da família obtém os resultados desejados porque (1/3 do total das unidades de enumeração):

Em relação ao doente:

“...são na sua maioria idosos, confusos e muito dependentes dos cuidados de enfermagem.”

“...não esquecer que a maioria dos nossos doentes devido ao seu estado clínico não consegue participar.” (E4; E7).

Em relação à família:

“As pessoas trabalham e não é fácil movê-las a cuidar dos familiares.” (E4).

Por conseguinte, a não participação depende de factores externos ao próprio processo de enfermagem.

Em suma, o sistema facilita o envolvimento dos doentes e dos seus familiares no processo de recuperação da saúde, mas isso nem sempre é possível devido ao estado depauperado do doente e às dificuldades que as famílias têm em conciliar os horários do seu emprego com o apoio ao familiar doente.

3.6.10. Categoria Impactos do SCD/E no campo informacional/comunicacional

No que concerne a esta dimensão Impactos do SCD/E no campo informacional/comunicacional, obteve-se a subcategoria Informação, como exposto na Tabela 14.

Esta subcategoria reúne 2 indicadores, com 6 unidades de enumeração.

Tabela 14 – Síntese da Subcategoria Informação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Informação	Organização da informação	1
	Divulgação da informação organizacional: avaliação interna/externa	5
Total		6

A subcategoria “**informação**” é referenciada sobretudo ao nível da divulgação da informação, mas o indicador “organização da informação” revela-se um dado importante para o processo de divulgação:

“...existência do manual composto pelas normas e procedimentos criados para o serviço e por todos os impressos que servem de suporte ao trabalho do enfermeiro no dia a dia de trabalho faz com que a informação esteja organizada...” (E7).

O indicador “divulgação da informação organizacional: avaliação interna/externa” evidencia a existência de um amplo processo de circulação das informações ao nível das auditorias:

“...envio dos relatórios aos hospitais sobre os resultados das auditorias...”, “Em todo o processo de auditoria interna e auditoria externa há um feedback da informação.”, “...retorno da informação produzida pelos vários serviços do hospital aos utilizadores.”

“O enfermeiro classificador como o enfermeiro auditor produz uma informação e essa informação depois de avaliada regressa ao enfermeiro classificador ou enfermeiro prestador de cuidados.”

“Os enfermeiros auditores após efectuarem a avaliação, devolvem os resultados, o relatório da auditoria externa e as notas de não conformidade/observação ao Enfermeiro Director do hospital avaliado, que toma conhecimento dos resultados apurados na avaliação.” (E7).

Em consequência, deve-se realçar o carácter abrangente da informação no que respeita ao conhecimento dos resultados por todos os profissionais envolvidos.

3.6.10.1. Subcategoria Comunicação

Esta subcategoria resultou de 8 indicadores, com 16 unidades de enumeração. Ver Tabela 15.

Tabela 15 – Síntese da subcategoria: Comunicação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Comunicação	Comunicação entre os enfermeiros	2
	Baixos níveis de discussão entre o grupo enfermeiros	2
	Discussão entre os enfermeiros	3
	Baixos níveis de intercâmbio informacional / comunicacional entre enfermeiros e outros técnicos de saúde	2
	Trabalho individualizado	1
	Mudança de comportamento organizacional	4
	Articulação com outras instituições de saúde	1
	Partilha de experiências circunscrita aos elementos de cada grupo profissional	1
Total		16

A subcategoria “**Comunicação**” apresenta indicadores com unidades de enumeração muito próximas. Tais resultados reflectem opiniões diferentes quanto à evolução da comunicação e do debate sobre os assuntos profissionais entre os enfermeiros.

São apresentadas melhorias na comunicação e no debate:

“A comunicação entre os enfermeiros sim, melhorou....”, “...há mais comunicação sem dúvida.”, “...discutem mais uns com os outros sobre os problemas dos doentes, sobre os cuidados prestados...”, “Nas passagens de turno discute-se mais sem dúvida, sobre os problemas do doente, sobre as intervenções de enfermagem...” (E4).

Mas também são apresentados baixos níveis de comunicação e debate:

“A comunicação entre os diferentes técnicos de saúde, não melhorou.”, “Continua cada um a desempenhar o seu trabalho, comunicando apenas o essencial sobre o doente.”, “As trocas de informação, de pontos de vista e de experiência é feita entre os elementos do mesmo grupo profissional, não se estendendo para o exterior.” (E4).

“Os enfermeiros não tem por hábito discutir as coisas ...”, “Durante o turno de trabalho deveriam reunir-se e discutir com os colegas. Infelizmente não temos ainda muito cultivada essa prática.”, “...agem muito individualmente...” (E7).

Porém, os enfermeiros julgam que é necessário mudar os comportamentos mais fechados e trabalhar em equipa:

“...temos que mudar a nossa forma de ser e de estar na profissão.”, “Os enfermeiros têm que pensar mais em conjunto, encontrar soluções no seio da equipa...” , “Discutirem mais os problemas dos doentes, do serviço, mudarem a sua forma de pensar e de agir individual. “, “...hoje o trabalho em equipa, as decisões conjuntas são cada vez mais importantes. “ (E7).

Em suma, as opiniões não são coincidentes, mas parece ser claro que apesar da comunicação e da abertura ao trabalho em grupo poder estar a evoluir, os comportamentos clássicos de fechamento ainda são significativos e torna-se necessário mudar comportamentos para ganhar espírito de equipa e melhorar o desempenho relacional entre os enfermeiros e entre estes e outros grupos profissionais.

3.6.11. Categoria Impactos do SCD/E no campo do desenvolvimento profissional

A categoria Impactos do SCD/E no campo do desenvolvimento profissional, emergiu da subcategoria Formação, a qual agrega 11 indicadores com 35 unidades de enumeração. Ver Tabela 16.

Tabela 16 – Síntese da Subcategoria Formação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Formação	Influência dos SIE no campo da aquisição de saberes	2
	Realização de formação	1
	Baixa adesão dos profissionais de enfermagem na realização e formação em serviço	2
	Razões da não realização de formação em serviço	5
	Papel da chefia	1
	Formação organizacional	3
	Direitos laborais dos enfermeiros no campo da formação profissional	1
	Investigação	1
	Não realização de trabalhos de investigação	1
	Razões da não realização de trabalhos de investigação	1
	Influência das características individuais no campo da valorização profissional	3
	Actualização	4
	Formação contínua	7
	Papel do enfermeiro na valorização profissional	3
Total		35

A subcategoria “formação” regista opiniões que evidenciam a importância da formação, mas cuja prossecução encontra obstáculos diversos.

A formação é um dado presente na vida profissional dos enfermeiros:

“...temos enfermeiros a fazerem cursos de especialização.”

“O serviço tem um plano de formação que está ligado ao departamento de formação da instituição.” (E4).

“Está contemplado na carreira horas para formação.” (E7).

No entanto, há a opinião de que se faz pouca formação, apesar de existirem departamentos de formação nas instituições:

“Faz-se muito pouca formação...” (E4).

Evocam como razões:

“...porque não temos recursos humanos suficientes que nos permita conceder horas para formação.”

“Temos uma grande mobilidade de enfermeiros.”

“...as equipas de enfermeiros são muito jovens, então temos as gravidezes que agravam ainda mais a falta de recursos humanos.” (E4).

Porém, a necessidade de formação é claramente sentida em todos os domínios da vida profissional dos enfermeiros:

“...necessidade de nos actualizarmos, de estudarmos, de pesquisarmos.”

“...processo de implementação da CIPE, fez com que as pessoas fossem estudar, pesquisar.”

“...é sempre necessário estudar, pesquisar, investir na formação, actualizar-se.” (E4).

“...sistema exige que o enfermeiro tenha conhecimentos acerca da situação clínica do doente para poder classificar...”

“Precisamos de estudar de nos actualizar porque o conhecimento é a base de qualquer ciência.”

“Os enfermeiros têm que se mentalizar dessa necessidade.”

“...têm que se habituar que das 8 às 4 horas trabalham no hospital e depois tem que ir para casa e pesquisar, têm que se habituar a isso.” (E7).

Também se sente a necessidade de uma maior aproximação à investigação, porquanto se considera que não tem sido uma área de eleição da enfermagem:

“Investigação, apenas os trabalhos feitos no âmbito da especialização e do complemento em enfermagem, de resto não se faz, infelizmente.” (E4).

Consideram que o tempo para formação terá que ser disponibilizado pelo próprio enfermeiro. Este terá que ser autodidacta:

“O tempo para realizarem trabalhos terá que ser extra-serviço, as pessoas terão que disponibilizar do seu tempo livre.” (E4).

“Temos que começar a investir mais na área da investigação em enfermagem, pois o conhecimento é a premissa para que uma ciência cresça e se desenvolva.” (E7).

Em suma, a formação profissional afigura-se como uma actividade fundamental para o trabalho de enfermagem, tanto mais que existem planos de formação monitorizados por departamentos de formação, e horas de formação contempladas na carreira, mas a prática mostra haver obstáculos ligados à escassez de recursos humanos, à mobilidade dos enfermeiros, a necessidade de se efectuarem trabalhos fora dos períodos de serviço.

Porém, a necessidade imperiosa de formação e actualização dos enfermeiros exige que se actualizem, que se tornem autodidactas fora do serviço, que estudem e pesquise e, adicionalmente invistam mais na área da investigação em enfermagem.

3.6.12. Categoria Impactos do SCD/E no campo organizacional

A categoria Impactos do SCD/E no campo organizacional, surgiu de duas subcategorias, subcategoria Gestão organizacional e da subcategoria Comunicação organizacional.

Esta subcategoria reúne 7 indicadores com 20 unidades de enumeração. Ver Tabela 17.

Tabela 17 – Síntese da Subcategoria Gestão organizacional

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Gestão organizacional	Tipo de gestão praticada ao nível do vértice estratégico	1
	Tipo de gestão praticada ao nível das chefias intermédias	4
	Consequências práticas da gestão aberta	2
	Co-participação dos agentes organizacionais nas questões organizacionais	2
	Influência do SIE: SCD/E na gestão dos recursos humanos de enfermagem	4
	Influência do SIE: SCD/E na política de mobilidade	1
	Discordância com a política de mobilidade	6
Total		20

A subcategoria “gestão organizacional” é constituída por indicadores que, na generalidade, evidenciam melhorias registadas quer ao nível da gestão quer ao nível dos impactos dos SIE na gestão.

A gestão participativa é claramente defendida, sobretudo porque permite elevar os níveis de motivação e coesão das equipas de trabalho:

“...gestão mais descentralizada, menos formal, mais aberta e acessível.”, “...gestão aberta, sou muito pela gestão participativa...”, “...gestão participativa consegue manter a equipa motivada e coesa.” (E4).

“...a participação dos enfermeiros prestadores na gestão do serviço está muito presente.” (E7).

Por outro lado, os impactos do sistema de informação parecem ser claramente positivos para os cuidados a prestar:

“A finalidade do SCD/E é essa mesma, adequar os recursos humanos de enfermagem às necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem.” (E4).

“...permite ao enfermeiro chefe fazer a previsão de efectivos de enfermagem baseada nas necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem para as próximas 24 horas.” (E7).

Por conseguinte traduz-se na prática na:

■ Redução da sobrecarga de trabalho:

“...sobrecarga de trabalho diminui...” (E4).

■ Disponibilidade para o doente:

“...mais tempo livre para o doente.” (E4).

No que respeita à “Política de mobilidade” os depoimentos dos entrevistados não são favoráveis:

“...pessoas estão integradas numa equipa e não faz qualquer sentido andar a mudá-las ...”

“...a pessoa que vem de fora sente-se desintegrada, e rejeitada, porque não faz parte do grupo, mesmo sendo bem aceite.”

“...as rotinas do serviço que desconhece, mesmo que a estrutura física dos serviços seja a mesma. Os serviços têm a sua especificidade o que dificulta a adaptação.” (E4).

Por tudo isso, *“Não creio que isso traga maiores níveis de aprendizagem ou novos conhecimentos...” (E4).*

Em suma, a gestão organizacional tem sentido progressos ao nível do desenvolvimento de uma gestão mais participativa e sobretudo devido aos impactos do sistema de informação numa gestão mais racional de recursos humanos, o que parece permitir a diminuição da carga de trabalho e maior disponibilidade para o doente. Este quadro positivo não parece ser favorecido por uma grande mobilidade dos enfermeiros, porquanto se considera que não é desejável andar constantemente a integrar enfermeiros em novas equipas e que isso não leva a acréscimos significativos de aprendizagem.

3.6.12.1. Subcategoria Comunicação organizacional

Esta categoria reúne 1 indicador com 3 unidades de enumeração, como indicado na Tabela 18.

Tabela 18 – Síntese da Subcategoria Comunicação organizacional

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Comunicação organizacional	Canais de comunicação – fluidez comunicacional	3
Total		3

A subcategoria “comunicação organizacional” não foi muito referenciada através do indicador considerado. No entanto, deve-se realçar a importância que a comunicação informal continua a ocupar no ambiente hospitalar:

“A comunicação entre o topo e o centro operacional faz-se com uma certa fluidez.” “...enfermeira supervisora ajuda-nos a manter este sistema de comunicação informal...” “Muita da informação chega-nos pela via informal.” (E4).

3.6.13. Categoria Impactos do SCD/E no campo da Autonomia/Responsabilidade Profissional

Esta categoria surgiu da subcategoria Autonomia/Responsabilidade Profissional. Agrega 2 indicadores, com 4 unidades de enumeração. Ver Tabela 19.

Tabela 19 – Síntese da Subcategoria: Autonomia/Responsabilidade Profissional

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Autonomia/Responsabilidade Profissional	Influência do SIE: SAPE [CIPE] no desenvolvimento da autonomia /responsabilidade profissional	4
	Influência do Método Individual de Trabalho na autonomia/responsabilidade profissional	2
Total		6

A subcategoria “Autonomia/Responsabilidade Profissional” é composta por dois indicadores que evidenciam uma maior responsabilização do enfermeiro sobre o seu trabalho.

Relativamente ao indicador “Influência do SCD/E no desenvolvimento da autonomia /responsabilidade profissional”, realçam:

“Em todos os impressos de suporte aos registos de enfermagem, o enfermeiro rubrica, o que significa que está a responsabilizar-se pelo trabalho que realizou.”, “Há de facto uma maior responsabilização do enfermeiro.” (E3).

“...obrigatoriedade dos registos incute maiores níveis de responsabilização dos enfermeiros pelos actos que praticam.” (E7).

Em relação ao indicador “Influência do Método Individual de Trabalho na autonomia/responsabilidade profissional”, asseveram:

“...o método de tarefa levava a que a responsabilidade do enfermeiro ficasse mais diluída.”, “...o método individual leva a que o enfermeiro seja responsável pelo trabalho que faz.” (E3).

Ambos os indicadores mostram que os enfermeiros assumem uma maior responsabilidade pelo trabalho que fazem, rubricando as tarefas realizadas, induzindo uma maior capacidade de autonomia a fim de que o trabalho se desenvolva dentro dos parâmetros do processo de enfermagem.

3.6.14. Categoria vantagens da adopção do SCD/E para a prática de enfermagem

Esta categoria agrupa 5 indicadores com 18 unidades de enumeração. Ver Tabela 20.

Tabela 20 – Síntese da categoria Vantagens da adoção do SIE: SCD/E para a prática de enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Vantagens da adoção do SCD/E na prática de enfermagem	Prestação de cuidados	10
	Registos de enfermagem	5
	Avaliação do trabalho	1
	Visibilidade do trabalho do enfermeiro	1
	Satisfação profissional	1
Total		18

A categoria **“Vantagens da adoção do SIE: SCD/E na prática de enfermagem”** regista cerca de 83% de unidades de enumeração em dois indicadores principais: prestação de cuidados e registos de enfermagem. Os principais conteúdos destas unidades de enumeração são realçados a seguir.

Prestação de cuidados – Contributos:

- ▣ *“...permite aos enfermeiros realizar as diferentes etapas do processo de enfermagem...”*
- ▣ *“Identificar as necessidades humanas básicas dos doentes e o seu grau de dependência em cuidados de enfermagem.”*
- ▣ *“Elaborar o plano de cuidados.”*
- ▣ *“Planeamento dos cuidados...” (E3).*
- ▣ *“...conhecimento global do doente...”*
- ▣ *“Melhoria na qualidade dos cuidados prestados.”*
- ▣ *“...Continuidade dos cuidados.” (E4).*

A prestação de cuidados melhora significativamente com a adoção do sistema, facilitando a execução das diversas etapas do processo de enfermagem e melhorando a qualidade e a continuidade dos cuidados.

Registos de enfermagem – Contributos:

- ▣ “*Os registos de enfermagem são uma mais valia pois garantem a continuidade dos cuidados.*”
- ▣ “*...importantes para a avaliação do trabalho realizado.*”
- ▣ “*...para a avaliação dos custos em cuidados de enfermagem.*” “*Trouxe mais visibilidade ao trabalho da enfermagem.*”
- ▣ “*...importantes para fins de pesquisa...*” (E7).

Os registos de enfermagem trouxeram vantagens em diversos domínios, designadamente para a continuidade dos cuidados, para a avaliação do trabalho realizado e dos custos em cuidados, bem como para uma maior visibilidade do trabalho de enfermagem e eventualmente para alimentar pesquisas de natureza científica.

3.6.15. Categoria Vantagens da adopção do SCD/E para a gestão

Esta categoria agrega 1 indicador e 4 unidades de enumeração, como demonstrado na tabela 21.

Tabela 21 – Síntese da categoria: Vantagens da adopção do SCD/E para a gestão

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Vantagens da adopção do SCD/E para a gestão	Campo da gestão	4
Total		4

A categoria “**Vantagens da adopção do SCD/E para a gestão**” mostra a importância do sistema para a gestão dos recursos humanos:

- “...prever as horas de cuidados de enfermagem necessárias à realização dos cuidados de enfermagem prestados ao doente.”
- “...determinar atempadamente o número de enfermeiros necessários para aquele serviço e para aquele número e tipo de doentes.”
- “...adequar o rácio enfermeiro/doente...”
- “...diminuir a sobrecarga de trabalho...” (E3).

A racionalização dos recursos humanos em função dos cuidados a prestar aos doentes permitiu adequar melhor o rácio enfermeiro/doente, diminuindo-se assim a carga de trabalho e, conseqüentemente, como já se verificou antes, disponibilizar mais tempo para o doente.

3.6.16. Categoria Vantagens da adopção do SCD/E para a profissão

A categoria Vantagens da adopção do SCD/E para a profissão, associa 4 indicadores, com 22 unidades de enumeração. Ver Tabela 22.

Tabela 22 – Síntese da Categoria Vantagens da adopção do SCD/E para a profissão

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Vantagens da adopção do SCD/E para a Profissão	Mudança	8
	Razões da adesão à mudança	1
	Resistência à mudança	1
	SCD/E sistema arquitectado por enfermeiros portugueses	12
Total		22

A categoria “**Vantagens da adopção do SIE: SCD/E para a profissão**” é avaliada por 4 indicadores, mas dois deles representam cerca de 91% dos registos das unidades de enumeração, designadamente o indicador “SCD/E sistema arquitectado por enfermeiros portugueses” (54,5%) e o indicador “mudança” (36,4%).

No que respeita ao indicador “SCD/E sistema architectado por enfermeiros portugueses”, afirmam:

“Um instrumento de trabalho que está adaptado à nossa realidade de trabalho, aos nossos doentes...” (E3).

“...instrumento de trabalho que nós o construímos.”

“Aborda as nossas actividades de enfermagem.” (E4).

“...o sistema de classificação está relacionado com os principais elementos da nossa prática... diagnósticos, as intervenções e os resultados dessas intervenções.

“...sistemas autónomos. São dos poucos sistemas autónomos de enfermagem. Pensados para as actividades de enfermagem.” (E7).

O facto de o sistema ser architectado por enfermeiros portugueses torna o instrumento muito mais adequado à prática, porque foi pensado especificamente para as actividades de enfermagem, contextualizado e virado para a acção independente ou autónoma dos enfermeiros.

Sobre o indicador “Mudança”, sublinham:

“Houve uma mudança.”

“...passamos a dispor de um instrumento direccionado para as actividades de enfermagem.” (E3).

“É claro que tudo mudou (...) Para além do SCD/E, estamos também a aplicar o SAPE [CIPE].”

“...mudança, quer em termos da qualidade dos registos ...”

“...mudanças na prática dos enfermeiros...”

“...reflecte-se mais, discute-se mais, preocupa-se mais com os aspectos de enfermagem.” (E4).

A mudança provocada foi muito significativa para as actividades de enfermagem, beneficiando fortemente a melhoria das práticas, especialmente no que respeita à adopção de um instrumento adequado para apoiar as actividades de enfermagem, cujos reflexos no maior envolvimento dos enfermeiros relativamente ao seu trabalho parecem indiscutíveis.

3.6.17. Categoria Limitações do SCD/E

A partir dos dados expostos na Tabela 23, verifica-se que a categoria limitações do SCD/E, junta 1 indicador, com 3 unidades de enumeração.

Tabela 23 – Síntese da categoria Limitações do SCD/E

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Limitações do SCD/E	SCD/E: instrumento de trabalho	3
Total		3

A categoria **“Limitações do SCD/E”** é avaliada pelo indicador “SCD/E: instrumento de trabalho”, o qual regista as seguintes observações:

“O sistema é apenas um instrumento auxiliar do trabalho de enfermagem.”

“Não pode ser olhado como a solução para todos os males.”

“Não vai resolver todos os problemas estruturais da profissão.”

(E7).

Os registos das unidades de enumeração não evidenciam propriamente limitações do sistema. As referências vão no sentido de que o sistema não tem um fim

em si mesmo, porquanto se trata apenas de um instrumento auxiliar, pelo que os “males” e os “problemas estruturais” da profissão devem ser resolvidos num quadro mais amplo e estrutural.

3.7. Análise de conteúdo das respostas dos entrevistados sobre o SAPE [CIPE]

Pretende-se neste ponto do trabalho analisar os discursos dos entrevistados sobre o sistema de informação: SAPE [CIPE]. Para uma melhor visualização das categorias e subcategorias apresenta-se na Tabela 24 a síntese das categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas.

Tabela 24 – Descrição das categorias e Subcategorias que emergiram da análise das entrevistas (SAPE [CIPE])

Categorias	Subcategorias
Organização do Trabalho	
Impactos do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	Influência do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem
	Influência do SAPE [CIPE] na área de intervenção de enfermagem
	Padronização dos cuidados
	Mecanização do trabalho
	Reflexão
	Registos de enfermagem
	Linguagem CIPE
	Parceria no cuidar
Impactos do SAPE [CIPE] no campo informacional/comunicacional	Informação
	Comunicação
Impactos do SAPE [CIPE] no campo do desenvolvimento profissional	Formação
Impactos do SAPE [CIPE] na organização	Gestão organizacional
	Comunicação organizacional
	Política de mobilidade
Impactos do SAPE [CIPE] no campo da autonomia/responsabilidade profissional	Autonomia/responsabilidade profissional
Vantagens da adoção do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	
Vantagens da adoção do SAPE [CIPE] para a gestão	
Vantagens da adoção do SAPE [CIPE] para a profissão	
Limitações do sistema	

3.7.1. Categoria Organização do Trabalho

A introdução de novas tecnologias no universo do trabalho concorreu para as novas tendências de organização do trabalho. No contexto destas mudanças pode-se verificar um movimento na enfermagem de transformação da sua prática, afastando-se de uma enfermagem empírica materializada no modelo clínico, centrado nas actividades de reparação, para uma enfermagem voltada para o cuidar.

A categoria Organização do Trabalho resultou de oito indicadores ou códigos substantivos, conforme exposto na Tabela 25.

Tabela 25 – Síntese da Categoria Organização do Trabalho

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Organização do trabalho	Método individual de Trabalho	7
	Consequências práticas do Método Individual de Trabalho	21
	Caracterização da Organização do Trabalho	2
	Subtotal	30
	Método de Enfermeiro de Referência	2
	Caracterização do Modelo de Enfermeiro de Referência	8
	Razões da opção do Modelo de Enfermeiro de Referência	5
	Consequências práticas do Método de Enfermeiro de Referência	3
	Parceria enfermeiros prestadores/enfermeiros de referência no processo de cuidados	3
	Subtotal	21

A incorporação do sistema agilizou o processo de mudanças ao facilitar a entrada de novos métodos de trabalho. Uma das condições para a implementação dos sistemas de informação é a organização dos cuidados baseada no método individual de trabalho ou no método de enfermeiro de referência. Os cuidados de enfermagem são prestados individualmente, ou não, de acordo com a organização de trabalho vigente na instituição e, sobretudo, no serviço.

O “**Método Individual de Trabalho**” é o método de trabalho mais praticado nas unidades de internamento das organizações hospitalares estudadas com 7 unidades de enumeração comparativamente ao método de enfermeiro de referência com 2 unidades de enumeração. Essa afirmativa pode ser constatada nos depoimentos dos entrevistados do estudo:

“...método individual de trabalho” (E1; E2; E3; E8; E9).

O Método individual de trabalho é identificado pelos profissionais de enfermagem do estudo como um método indissociável de uma prática organizada e estruturada, pois possibilita um cuidar integrado, oferece segurança ao doente e permite a atribuição de responsabilidades. Pode-se verificar que o indicador, ou código substantivo, “**Consequências práticas do Método Individual de Trabalho**” corresponde à maior frequência com 21 unidades de enumeração. Os discursos revelam satisfação para com este tipo de metodologia de trabalho, porquanto os inquiridos evocam os seus aspectos positivos:

“...dá ao doente segurança...”, “...sabe a quem recorrer para esclarecer as suas dúvidas.” (E1; E2).

“...é responsável por X doentes...”, “Favorece cuidados de enfermagem planeados, individualizados.” (E2).

“...cada enfermeiro é responsável por X doentes...”, “...responsável todos os cuidados ao doente.”, “...o doente e o familiar pelo menos sabem a quem se dirigir.” (E5).

“...é responsável por efectuar todos os registos relativos àquele doente...”, “...pela prestação de cuidados de enfermagem respectivamente.” “...a concepção e execução dos cuidados são feitas pelo enfermeiro responsável por aquele doente.” “...oferece maior conhecimento do doentes.” (E9).

Um dos inquiridos não quis, contudo, deixar de realçar que apesar de se praticar o método individual de trabalho, não deixou de existir entre a equipa de enfermagem “...um trabalho de equipa...”, “...um espírito de equipa muito forte entre eles.” (E1). Isto significa que a interajuda está presente.

Realça-se que um dos profissionais de enfermagem expressa que na instituição e no seu serviço o método de trabalho praticado é o “**Método de Enfermeiro de Referência**”.

O Método de Enfermeiro de Referência difere do método individual de trabalho relativamente ao tempo de atribuição de responsabilidade do enfermeiro pelo doente. Enquanto que no primeiro caso o enfermeiro é responsável pelo doente desde a data da admissão até à alta hospitalar, no segundo caso, Método Individual de Trabalho, o enfermeiro só é responsável pelos cuidados que presta ao doente durante o tempo em que está de serviço. O Método de Enfermeiro de Referência em algumas instituições hospitalares foi iniciado, mas devido a constrangimentos organizacionais, nomeadamente, falta de recursos humanos de enfermagem, foi substituído pelo Método Individual de Trabalho.

O Método Enfermeiro de Referência proporciona um trabalho sequenciado e voltado para o doente. Mas segundo o entrevistado, o modelo de enfermeiro de referência praticado no serviço e no hospital “...não é o modelo que está descrito nos livros, é o modelo que nós adaptamos aqui no hospital.”. Enfatiza que é o “...modelo de enfermeiro de referência mas modificado.”

Este modelo de enfermeiro de referência “**caracteriza-se**” por ser um modelo de trabalho em que “*É o enfermeiro que supervisiona cuidados a um número X de doentes.*” (E6). Neste modelo, o enfermeiro:

■ “*Trabalha em parceria com os enfermeiros associados*”

- “...faz todo o planeamento, e discussão do planeamento de cuidados para aquele doente para as próximas 24 horas.”
- “...faz o planeamento e a avaliação dos cuidados do dia a dia.”
- “...conversa com os outros técnicos...”
- “...convive com a família do doente, fala com a família...” (E6).

Os efeitos ou “**Consequências práticas**” deste método de trabalho são positivos. O entrevistado refere a este respeito:

“...mais valia porque são quem conhecem efectivamente mais de perto a evolução do doente.”, “...estão mais de perto da família...”, “...mais perto da equipa médica, da assistente social, da nutricionista todas as manhãs...” (E6).

Não obstante, “*Os enfermeiros também planeiam, participam, porque o enfermeiro de referência não está lá sempre.*”. Na ausência do enfermeiro de referência, os enfermeiros, denominados enfermeiros associados, ficam responsáveis pelos cuidados a prestar ao doente. A “**Parceria enfermeiros prestadores /enfermeiro de referência**” está presente.

As razões que levaram a instituição e os profissionais de enfermagem a optar por este método de trabalho relacionam-se com a sobrecarga de trabalho a que habitualmente estão submetidos os enfermeiros no turno da manhã e, concomitantemente, com a maior intensidade de trabalho verificada também neste período, como expressam as palavras do entrevistado:

“...nos turnos das manhãs os enfermeiros prestadores de cuidados têm uma sobrecarga...”, “...50%, dos cuidados nas 24

horas estão no turno da manhã.”, “Durante a manhã é que nos aparecem todos estes profissionais para ver doentes e os enfermeiros estão centrados nos cuidados directos aos doentes...” (E6).

Ainda sobre a intensidade do trabalho, os enfermeiros consideraram que era importante ter um enfermeiro mais liberto, isto é, sem doentes atribuídos para prestar cuidados directos, sendo apenas responsável pela elaboração dos planos de cuidados, pelo acompanhamento e pela avaliação das actividades desenvolvidas pela equipa. Desempenha a função de coordenador das actividades e é responsável pela capacitação da equipa de enfermeiros prestadores para o cumprimento das actividades. É o enfermeiro que supervisiona os cuidados de um determinado número de doentes, estabelece a ligação entre os vários técnicos de saúde envolvidos no processo de cuidados e com o doente e família. Segundo o entrevistado, era *“preciso alguém que fizesse esta ponte.”*, e o *“...enfermeiro de referência assume este papel.”*

3.7.2. Impactos do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem

Esta categoria emergiu da Subcategoria Influência do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem. Associa nove indicadores ou códigos substantivos, como demonstrado na Tabela 26.

Tabela 26 – Síntese da Subcategoria Influência do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Influência do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	Utilização do Processo de Enfermagem	1
	Influência do SAPE [CIPE] na aplicação do Processo de Enfermagem	17
	Consequências práticas da aplicação do Processo de Enfermagem	20
	Influência do SAPE [CIPE] no planeamento dos cuidados	5
	Consequências práticas do planeamento dos cuidados	16
	Influência do SAPE [CIPE] na construção e utilização do Plano de Cuidados	9
	Fase de construção dos diagnósticos de enfermagem	3
	Consequências práticas da construção e utilização do Plano de Cuidados	14
	Influência do SAPE [CIPE] na construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem	18
	Consequências práticas da construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem	19
	Dificuldades na construção dos diagnósticos de enfermagem	2
	Influência do SAPE [CIPE] na prescrição das intervenções/acções de enfermagem	27
	Consequências práticas da prescrição das Intervenções/acções de enfermagem	13
	Influência do SAPE [CIPE] na construção do Manual Standard de Cuidados	5
	Influência do SAPE [CIPE] na avaliação do trabalho	7
Total		176

A adopção e implementação da tecnologia da informação pode modificar o trabalho diário do enfermeiro. A incorporação do sistema é olhada como um motor de mudança do exercício profissional. A operacionalização deste instrumento, materializada no processo de enfermagem, conduz a uma prática alicerçada numa metodologia científica, no sentido de se afastar de um pensamento simplificado e linear para um pensar complexo e multidimensional.

A implementação do sistema SAPE com base na linguagem CIPE permitiu incluir dados relativos da prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde. O sistema aplicativo SAPE [CIPE] é uma ferramenta de informação que descreve as práticas de enfermagem. Na base deste sistema está o modelo: processo de enfermagem, que abarca as três fases do trabalho de enfermagem – diagnósticos, intervenções e resultados.

O desenvolvimento destes sistemas de classificação, baseados numa linguagem científica e relacionados com os diagnósticos, com as intervenções e com os resultados, contribuiu, segundo GORDAN (2000), para a mudança na forma de pensar, de falar e de agir em enfermagem.

De acordo com o que está regulamentado no exercício profissional de enfermagem o **“Processo de Enfermagem”** é um instrumento de trabalho que acompanha todo o exercício profissional do enfermeiro. A adopção e implementação dos sistemas de informação levaram a que a maioria dos enfermeiros esteja familiarizada com a aplicação do processo de enfermagem, tal como mencionado por um dos entrevistados:

“...está regulamentado no exercício profissional do enfermeiro, o enfermeiro presta cuidados de enfermagem segundo as etapas do processo de enfermagem...” (E5).

A **“influência do sistema SAPE [CIPE] na aplicação do processo de enfermagem”** é evidenciada pela maioria dos entrevistados, com 17 unidades de enumeração. Segundo as suas percepções o enfermeiro passou a delimitar o seu exercício profissional à luz de um modelo conceptual a partir da implementação deste sistema na prática:

“...impactos para a prática de enfermagem foi a utilização do Processo de Enfermagem.”, “Todos o aplicam, pelo menos, os enfermeiros que estejam a trabalhar com este sistema.” (E1).

“Este sistema SAPE [CIPE] ao ser alicerçado nas etapas do Processo de Enfermagem contribuíram sem dúvida para a sua utilização na prática de enfermagem.”, “...só agora com a adoção da CIPE, que tem por base as etapas do processo de enfermagem, é que os enfermeiros começaram a aplicá-lo nas suas práticas.” (E2).

“...na base está o Processo de Enfermagem...”, “...toda a gente o aplica.” (E5).

“...permite formalizar o Processo de Enfermagem.”, “...aplicam-no formalmente nas instituições onde este sistema está implementado.”, “A implementação da CIPE levou à utilização dos instrumentos básicos de enfermagem regulamentados para o exercício do nosso exercício profissional”, “...aplicar o instrumento de trabalho – Processo de Enfermagem.”, “...os enfermeiros utilizadores do sistema SAPE [CIPE] aplicam-no.”, “É uma das condições porque na base deste sistema está o Processo de enfermagem.” (E8).

“Começamos a usar o Processo de Enfermagem.”, “O enfermeiro tem a responsabilidade de desenvolver este instrumento de trabalho diariamente Com este sistema isso acontece porque na base do sistema está o Processo de Enfermagem.” (E9).

Os resultados, ou as **“consequências práticas da aplicação do Processo de Enfermagem”**, são considerados pelos entrevistados como uma atitude essencial para a execução de um trabalho baseado na evidência e promover o cuidado global ao doente. O elevado número de unidades de enumeração (20) mostra a adesão à aplicação deste instrumento de trabalho ao realçarem-se os seus contributos para a prática:

■ *“...prática fundada numa metodologia científica.”*

■ *“...determinante para o desenvolvimento de um trabalho alicerçado numa metodologia científica.”*

- *“...ajuda-nos a identificar os problemas do doente...”*
(E1).
- *“...Processo de Enfermagem é um método que o enfermeiro utiliza para planejar, organizar, registar e avaliar o trabalho realizado.”*
- *“...utilização do Processo de Enfermagem no dia-a-dia do enfermeiro favoreceu acções de enfermagem sistematizadas, e não a concretização de actos isolados.”*
- *“...doente passou dispor de um atendimento de enfermagem globalizado, adequado às suas necessidades.”*
(E2).
- *“...desenvolver um trabalho organizado.”*
- *“...esquema próprio de enfermagem para recolha de informação...”*
- *“...trabalho fundamentado porque há uma teoria, o modelo teórico que sustenta o Processo de Enfermagem.”*
(E5).
- *“...resolver os problemas detectados.”*
- *“...meio, o caminho a trilhar para resolver os problemas identificados.”* (E8).
- *“...um instrumento de trabalho voltado para o doente.”*
- *“Ao utilizar o Processo de Enfermagem está a desenvolver um cuidar holístico, porque faz a colheita de dados, identifica os problemas do doente, define os diagnósticos de enfermagem, as intervenções a realizar e prescreve.”*
- *“...faz a avaliação do trabalho concretizado.”* (E9).

Na sua concepção, o processo de enfermagem é constituído por cinco etapas. Na etapa histórico de enfermagem, instrumento utilizado para a recolha de dados da pessoa doente, torna-se possível identificar dos problemas dos doentes. A interpretação

e análise dos dados conduzem à segunda fase, o diagnóstico de enfermagem, que trata da identificação das necessidades da pessoa doente que precisa da atenção do enfermeiro e na determinação do grau de dependência em cuidados de enfermagem. Segue-se a fase do planeamento dos cuidados, determinando-se os cuidados a prestar ao doente, mediante o diagnóstico estabelecido. A fase seguinte está relacionada com as prescrições de enfermagem, isto é, com a implementação do plano de cuidados que orienta o enfermeiro na execução das actividades a realizar de modo a dar resposta às necessidades do doente. No decorrer da execução do plano de cuidados, o enfermeiro procede à avaliação dos cuidados prestados, ou seja, à avaliação da evolução do doente, verificando se as intervenções/acções prescritas estão ou não adequadas às suas necessidades.

Nos depoimentos dos entrevistados é salientado a influência do sistema SAPE [CIPE na realização de todas estas etapas do processo de enfermagem. São apontados os efeitos positivos das várias etapas do processo de enfermagem para a prática, nomeadamente, dos diagnósticos de enfermagem, planeamento dos cuidados, intervenções/prescrições de enfermagem e na avaliação do trabalho.

Optou-se por não seguir a ordem decrescente (do maior número de unidades de registo para o menor número) na apresentação dos indicadores, dado que para manter a sequência das etapas do processo de enfermagem considerou-se melhor organizar os indicadores de acordo com as suas fases.

Os diferentes entrevistados são unânimes ao afirmarem que a adopção e implementação do sistema SAPE [CIPE] influenciou a construção e utilização dos diagnósticos de enfermagem. Este indicador, com 18 unidades de enumeração, revela a forte crença dos entrevistados da influência do sistema na prática diagnóstica:

“...levou-nos a construir os diagnósticos de enfermagem.”,

“...compreender a sua importância para o trabalho do enfermeiro e para a enfermagem.” (E1).

*“Passamos a trabalhar com os diagnósticos de enfermagem.”,
“Passamos a compreender a importância da construção dos
diagnósticos de enfermagem para a nossa prática.” (E2).*

*“O desenvolvimento de sistemas de classificação como a
NANDA, entre outros, e agora connosco, a CIPE, levou à
elaboração dos diagnósticos de enfermagem.”, “A CIPE é já
uma realidade entre nós e ajuda-nos muito a desenvolver este
campo dos diagnósticos de enfermagem.” (E5).*

*“Elaborámos os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no
nosso serviço.” (E6).*

*“O sistema na base tem o processo de enfermagem, logo os
diagnósticos de enfermagem constituem uma das etapas do
processo de enfermagem.”, “A utilização da CIPE implica o
uso dos diagnósticos de enfermagem.”, “A implementação do
sistema SAPE [CIPE] implica que os enfermeiros decidam quais
os diagnósticos de enfermagem mais comuns do serviço a ser
introduzidos no sistema aplicativo. Depois é só seleccionar.”,
“...só têm que dizer para o meu serviço quero este, aquele e
aquele outro diagnóstico e as respectivas intervenções de
enfermagem.”, “No sistema aplicativo aparece uma listagem de
enunciados diagnósticos, os quais reflectem os problemas dos
doentes mais comuns no serviço.” (E9).*

No sentido de reforçarem a influência do sistema na actividade diagnóstica e a sua importância para a enfermagem, os entrevistados realçam os efeitos ou **“consequências práticas dos diagnósticos de enfermagem”** para o exercício profissional. Neste item obteve-se 18 unidades de enumeração:

*“...direccionam as intervenções de enfermagem para a área da
enfermagem...”, “...dirigidos para os problemas, necessidades
dos doentes.” (E1).*

*“Permite ganhar tempo dado que, o enfermeiro não necessita de
perder horas na elaboração de diagnósticos para um*

*determinado grupo de doentes com problemas comuns.”,
“...prevenindo assim a repetição de intervenções.” (E2).*

“...enfermeiros fazerem os diagnósticos de enfermagem permite-lhes, pensar, raciocinar...”, “...proporciona a base para a selecção das nossas intervenções...” (E5).

“...obriga a muito estudo e pesquisa, porque o enfermeiro tem que estudar para poder fundamentar.”, “...nos levou a discutir mais com os colegas e a abordar a nossa realidade profissional.”, “...são importantes porque estão dirigidos para os problemas, necessidades dos doentes.”, “...nos permite identificar e classificar as situações que são da nossa área de acção.”, “...faz com que a nossa acção seja sequencial e não isolada.” (E6).

“...construção dos diagnósticos de enfermagem é importante porque os diagnósticos de enfermagem focam as respostas dos doentes à doença.”, “...são importantes porque direccionam as intervenções de enfermagem para a área da enfermagem.”, “Estão dirigidos para os problemas, necessidades dos doentes.”, “...a elaboração dos diagnósticos são de importância vital para a execução do nosso trabalho porque o foco de atenção são as pessoas.”, “Interessa-nos mais as condições humanas do que as patologias. Mais as respostas das pessoas à doença.” (E8).

*“...obrigou-nos a reunirmo-nos e a discutirmos.”,
“...diagnósticos são importantes para a enfermagem porque o surgimento da enfermagem como ciência, criou a necessidade de os enfermeiros definirem com alto grau de especificidade às áreas de interesse de enfermagem no cuidado às pessoas para as quais estão qualificados para oferecer cuidados.” (E9).*

Ainda para esta entrevistada a **“fase de construção dos diagnósticos de enfermagem”** foi muito útil para os enfermeiros porque *“...isso envolve todo um*

processo de questionamento, discussão até chegar à definição do enunciado diagnóstico."

Reforça a necessidade de um trabalho acrescido por parte dos enfermeiros nesta fase, *"...trabalho que requer muito estudo e pesquisa",* que *"...exigiu muito trabalho, muita discussão e muito do nosso tempo."* (E9).

A entrevistada foca também as **"dificuldades"** dos enfermeiros na construção dos enunciados diagnósticos: *"Não é fácil, não."* Associa essa dificuldade ao não domínio, por parte dos profissionais de enfermagem, da linguagem CIPE: *"A não familiaridade com a linguagem CIPE ainda torna mais difícil este processo de construção dos diagnósticos."*

Relativamente à Influência do SAPE [CIPE] no planeamento dos cuidados, os entrevistados consideram esta etapa também uma mais valia decorrente da adopção e implementação deste sistema na prática. O enfermeiro passou a assumir a responsabilidade de planear o tipo de intervenções que o doente deveria receber face ao diagnóstico estabelecido. No depoimento dos entrevistados está expresso os efeitos positivos da adopção do sistema nesta actividade de enfermagem:

"...planeamento dos cuidados foi um grande ganho." (E1).

"Passamos a planear os cuidados a prestar aos nossos doentes." (E2; E5; E6; E9).

As mensagens são reforçadas pelos entrevistados ao mencionarem as **"consequências práticas do planeamento dos cuidados"**. Nos seus discursos é evidente a importância que estes profissionais atribuem ao planeamento dos cuidados para a prestação de cuidados:

■ *"...pode ver se está ou não a responder às necessidades do doente..."*

- *“...verificar se está a ir de encontro aos objectivos que estabeleceu.”*
- *“Permite questionar sobre o que vai fazer, ou terá que fazer...”*
- *“...orientar nos dar uma orientação, apontar-nos o caminho e também para nos disciplinar...” (E1).*
- *“...o planeamento tendo como pano de fundo o processo de enfermagem oferece-nos esse cuidar contínuo e não cíclico.” (E6).*

A fase do planeamento pressupõe a elaboração de um plano de acção ou plano de cuidados de modo a resolver, minimizar ou prevenir os problemas reais ou potenciais identificados. O plano de cuidados vai orientar os profissionais na realização das intervenções/acções a executar durante a fase da implementação. Aliás, todo o processo de cuidados não é mais do que um plano de cuidados abrangente.

Nas declarações dos entrevistados está presente a **“influência da adopção do sistema na construção e utilização do plano de cuidados”** e da sua importância para o trabalho do enfermeiro.

Relativamente à **“influência da adopção do sistema na construção e utilização do plano de cuidados”** deve-se realçar os seguintes aspectos:

“...elaborar plano de cuidados.”, “...agora os enfermeiros fazem o plano de cuidados.” (E1).

“...aspecto positivo deste sistema para os enfermeiros prestadores é que “obriga” a elaborar o plano de cuidados para todos os doentes, ora isso anteriormente era impensável.”, “...uma das vantagens resultantes da adopção do sistema na prática de enfermagem é que para além de o plano de cuidados ser uma realidade, este pode ser aplicado a um grupo de

doentes, com problemas comuns.”, “Outra vantagem da implementação deste sistema é que nos oferece planos informatizados, que usamos para cuidar do doente...” (E2).

“...plano de cuidados para cada um dos doentes...” (E5).

“A construção do plano de cuidados faz parte do trabalho do enfermeiro.”, “Todo o doente que é admitido no serviço tem um plano de cuidados.” (E9).

No que concerne às **“consequências práticas da construção e utilização do plano de cuidados”**, foram identificadas 9 unidades de enumeração, destacando-se as seguintes referências:

“...todos os doentes internados têm plano de cuidados feitos.”, “...desmistificar aquele “monstro” plano de cuidados.”, “Libertou-nos da angústia de fazer todos aqueles planos em suporte de papel, que era uma “chatice”, “...identificar todos os problemas que o doente apresenta.”, “...prescrevam as intervenções de enfermagem.”, “Os cuidados vão sendo actualizados com uma certa regularidade.”, “...plano ser informatizado permite a actualização diária ou sempre que necessário.” (E1).

“Outra vantagem do uso do plano de cuidados é que este é discutido com o doente, o que faz com que este seja participante do plano.”, “Outra das vantagens da elaboração do plano de cuidados é que nos orienta nos cuidados a prestar ao doente.”, “O uso dos planos de cuidados é importante dado que, nos permite comunicar com os colegas, sobre os cuidados que estamos a prestar ao doente.”, “São importantes para nós na prestação de cuidados porque nele estão expressos os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados.”, “Outra vantagem é que nos proporciona o registo das necessidades do doente em cuidados de enfermagem.”,

“Outra vantagem estou eu agora a lembrar-me, é a continuidade dos cuidados.” (E2).

“O plano de cuidados é fundamental...”, “...promove a comunicação entre o enfermeiro e o doente...”, “...direcciona os cuidados a realizar...”, “...registo das acções executadas.”, “É fundamental que o enfermeiro identifique as necessidades do doente que carecem de intervenção do enfermeiro. O plano de cuidados ajuda-o nessa tarefa.” (E9).

O plano de cuidados revela-se, deste modo, um instrumento fundamental para o exercício da profissão. Nele constam os diagnósticos de enfermagem e as intervenções/acções planeadas. Como afirmado pelos entrevistados, o planeamento dos cuidados “obriga” a um maior conhecimento do doente, o que implica consultar o processo clínico do doente, consultar o colega solicitando informações, consultar os registos, nomeadamente as notas de evolução de enfermagem, entre outros.

Um dos efeitos basilares é proporcionar a documentação das actividades de enfermagem realizadas e, por conseguinte, garantir a continuidade dos cuidados.

Por outro lado, proporciona a autonomia/responsabilidade profissional e promove a interacção enfermeiro/doente/família no processo de cuidar, assim como a interdisciplinaridade (referenciação).

A construção do plano de cuidados pressupõe a elaboração das intervenções/acções de enfermagem, baseadas nos diagnósticos de enfermagem estabelecidas para aquela situação concreta. O SAPE [CIPE], como já foi referido no trabalho, está direccionado para os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, o que significa que este instrumento de trabalho proporciona a prescrição das intervenções /acções de enfermagem, assim como a avaliação do trabalho concluído.

Os sujeitos do estudo afirmam que o sistema SAPE [CIPE] influencia a prescrição das intervenções/acções de enfermagem, bem como a avaliação do trabalho feito. Encontrou-se, neste item, 27 unidades de registo.

No item “influência do SAPE [CIPE] na prescrição das intervenções/acções de enfermagem”, os profissionais asseveram que:

“...os enfermeiros passaram a prescrever intervenções de enfermagem.”, “...passaram a ter acesso na base de dados às intervenções e prescrições de enfermagem.” (E1).

“Com a implementação do sistema, o enfermeiro passou a elaborar as intervenções e por conseguinte as prescrições de enfermagem...”, “...que são executadas por toda a equipa de enfermagem.”, Está tudo parametrizado. O sistema informático apresenta a “check list” e o enfermeiro opta pelos diagnósticos e intervenções que definem os problemas do doente.” (E2).

“...prescrições de enfermagem estão desenvolvidas.”, “...passaram a fazer parte do quotidiano dos enfermeiros...”, “...passaram a poder ter acesso na base de dados às prescrições de enfermagem seleccionadas.”, “Podem escolher entre as intervenções presentes na “lista” as que melhor se adaptam às necessidades daquele doente.” (E5).

“As prescrições de enfermagem passaram a fazer parte do quotidiano de trabalho do enfermeiro...”, “As prescrições de enfermagem já estão propostas, aparecendo no sistema aplicativo...” (E6).

“As prescrições de enfermagem aparecem on-line...”, “...o sistema dá-me uma lista de possíveis acções que poderei desenvolver de acordo com a situação que tenho pela frente.” (E8).

“O sistema aplicativo engloba as acções de enfermagem realizadas na prática pelos enfermeiros prestadores.”, “ O

sistema oferece-nos a possibilidade de termos as prescrições ou intervenções de enfermagem on-line...” (E9).

Uma das maiores preocupações dos profissionais de enfermagem é demarcar o seu campo de intervenção, donde a prescrição das intervenções/acções de enfermagem ser um dos mecanismos que permite a estes agentes da saúde revelar o seu domínio de actuação.

Os enfermeiros inquiridos comentam a importância das prescrições/intervenções de enfermagem para a profissão ao evocarem os efeitos ou **“consequências”** dessa prática:

“...mobiliza o enfermeiro a efectuar a avaliação dos resultados das intervenções realizadas.”, “Estimula a actualização do plano de cuidados.” (E1).

“...marco importante no desenvolvimento de um cuidar de qualidade.”, “Não faz qualquer sentido escrever folhas e folhas de intervenções de enfermagem para doentes que apresentam problemas comuns.” (E5).

“As prescrições de enfermagem aparecem on-line...”, “O sistema dá-me uma lista de possíveis acções que poderei desenvolver de acordo com a situação concreta que tenho pela frente.” (E8).

“As prescrições on-line vieram facilitar o trabalho...”, “Não precisamos de estar a escrever sempre as mesmas coisas.” (E9).

As prescrições de enfermagem, são importantes, porque não só orientam os enfermeiros nas actividades a realizar, como na documentação.

À medida que a tecnologia da informação vai sendo introduzida nos contextos de trabalho, pode ser aproveitada para ajudar os profissionais na concretização de um

trabalho mais rápido e eficaz. No âmbito das prescrições de enfermagem informatizadas possibilita também a actualização frequente, o que se revela uma mais valia. Por conseguinte, possibilita a avaliação do trabalho e a actualização do mesmo, quando necessário. Contribui ainda para evitar esquecimentos na realização de uma determinada acção.

Segundo os enfermeiros responsáveis pela implementação do sistema e dos enfermeiros utilizadores, uma das mais valias do sistema aplicativo SAPE [CIPE] é a de lembrar ao enfermeiro que ainda não realizou um determinado cuidado que estava planeado para esse turno. Sabemos que no decorrer da jornada de trabalho o enfermeiro é frequentemente interrompido por vários motivos que interferem com o processo de prestação de cuidados. Estas interrupções constantes acabam, muitas vezes, por desviar a atenção do enfermeiro do trabalho que ia executar quando foi interrompido, acabando mesmo por se esquecer de o realizar. Este sistema tem a capacidade de lembrar o enfermeiro que ainda tem essa intervenção por realizar, porquanto no final do turno quando o enfermeiro for concluir os registos o sistema não o deixa sair sem que assinale a realização da intervenção programada para aquele turno/hora, ou justifique porque não a realizou. Isso faz com que o enfermeiro retome o fio do trabalho e não se esqueça de executar as intervenções programadas.

Para um dos entrevistados, os efeitos estendem-se a todo o processo de cuidados, dado que o sistema aplicativo tem o mérito de “...lembrar o enfermeiro que não realizou aquele cuidado planeado.” Ou seja, o “...sistema não fecha sem o enfermeiro justificar se fez ou não aquele cuidado ou então, explicar o porquê de não o ter feito.” (E8).

A “**avaliação do trabalho**” é também, percebida pelos entrevistados como um ganho resultante da adopção deste sistema na prática de enfermagem:

“...efectuar a avaliação do seu trabalho.” (E1).

“Permite ter uma avaliação dos cuidados que estão a ser prestados.”

“Permite ao enfermeiro verificar se as acções que foram eficazes, porque toda a sua intervenção fica registada.” (E2).

“...resolver os problemas detectados.”, “...meio o caminho a trilhar para resolver os problemas identificados.” (E8).

“...a aplicação deste instrumento de trabalho levou a que o enfermeiro passasse a efectuar a avaliação do seu trabalho.” (E9).

3.7.3. Categoria: Impactos do SAPE [CIPE] na Área de Intervenção de Enfermagem

Esta categoria originou sete subcategorias, as quais agrupam um conjunto de indicadores.

3.7.3.1. Subcategoria Influência do SAPE CIPE na Área de Intervenção de Enfermagem

A Subcategoria Influência do SAPE CIPE na Área de Intervenção de Enfermagem reuniu 8 indicadores ou códigos substantivos, com o total de 81 unidades de enumeração. Ver Tabela 27, a seguir representada.

Tabela 27 – Síntese da Categoria Influência do SAPE [CIPE] na Área de Intervenção de Enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Influência do SIE: SAPE [CIPE] na área de Intervenção de enfermagem	Área de atenção do enfermeiro	32
	Influência das características pessoais na definição da área de atenção do enfermeiro	17
	SIE: SAPE [CIPE] instrumento arquitectado pelos enfermeiros portugueses	9
	Área de intervenção de enfermagem	7
	Influência do Modelo Biomédico no campo de acção de enfermagem/instituições de saúde	7
	Razões que levam a optarem pelo Modelo Biomédico	4
	Influência do processo de enfermagem na área de intervenção de enfermagem	3
	Linguagem CIPE	2
Total		81

O item “Área de atenção do enfermeiro”, com 32 unidades de enumeração, apresenta as respostas centradas na área ou campo de acção do enfermeiro.

Um dos efeitos positivos da implementação deste sistema na prática dos enfermeiros é que do cuidar centrado na doença passa-se para um cuidar orientado para a pessoa. No sistema actual há uma preocupação por parte dos enfermeiros em conhecer o doente como um todo, no sentido de desenvolver um cuidar individualizado. A finalidade da enfermagem é ajudar a pessoa a satisfazer as suas necessidades, quando por qualquer razão se encontra impossibilitada de o fazer. Opinião partilhada pelos entrevistados, quando afirmam que o enfermeiro passou a “...focar mais a sua atenção nos problemas do doente do que da doença.” (E1).

“O assistir, o promover, o incentivar, o apoiar, o encorajar, o identificar, o analisar, o interpretar, decidir, prevenir, proteger explicar, ensinar, educar informar, tranquilizar, confortar, escutar, conversar, negociar tocar, aliviar, mobilizar, posicionar, alimentar, vestir/despir, cuidar da higiene, trabalhar em rede, contactar, prescrever, registar, avaliar são as acções de enfermagem que os ocupam.” (E1).

“Os cuidados são mais voltados para o domínio da enfermagem.”

“As questões do campo emocional são melhor abordadas.”, “A relação está muito presente quando prestam cuidados ao doente. Preocupam-se com os seus problemas, se estão tristes, em saber porque estão tristes, se não conseguem dormir, porque razões não conseguem dormir, etc.” (E2).

“As acções de enfermagem assumem maior importância para os enfermeiros.”, “...maior preocupação com as questões do cuidar.” (E5).

“Está voltado para as áreas de enfermagem.”, “...o enfermeiro preocupa-se com os problemas emocionais que o doente apresenta como consequência da doença que o afecta, como o medo, a ansiedade, entre outros, com a dor, com o desconforto, etc. É neste campo que o enfermeiro vai intervir.” (E6).

Essa viragem é o resultado da *“...utilização da CIPE, o foco de atenção do enfermeiro é mais dirigido para os problemas e necessidades do doente e família...”* (E1).

Com a implementação do sistema as acções estão mas direccionadas para a enfermagem.” (E2).

“Na CIPE as acções de enfermagem estão mais evidenciadas, apesar de contemplar também os cuidados colaborativos.” (E5).

“Com a CIPE, o foco de atenção ou preocupação dos enfermeiros são as respostas dos doentes aos problemas de saúde que os afecta.” (E6).

Esta situação foi influenciada pela introdução do **“Processo de Enfermagem”** (base do sistema) na prática de enfermagem:

“...utilização do Processo de enfermagem despertou-lhes mais a atenção para estes aspectos.” (E5).

“A aplicação do processo de enfermagem veio evidenciar mais estas actividades de enfermagem porque direccionou a intervenção da enfermagem para a pessoa como ser holístico e não somente para a doença, para as incapacidades funcionais resultantes da doença.”

“O sistema tem na base o processo de enfermagem, logo mudou o agir do enfermeiro que passou a estar mais preocupado com os aspectos de enfermagem.” (E9).

Porém, o exercício profissional de enfermagem, contempla também as acções interdependentes, como referia CARPENITO (2002:44), *“Juntamente com os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, a prática de enfermagem envolve também, muitas vezes, relacionamentos colaborativos com profissionais de outras disciplinas da área da saúde...”*.

Segundo a autora, o enfermeiro desenvolve uma prática baseada no modelo bifocal da prática clínica, porquanto o enfermeiro intervém em duas situações clínicas: uma em que prescreve as acções e outra em que colabora com os outros agentes da saúde.

Esta afirmação é corroborada pelos sujeitos da amostra:

“...as intervenções de enfermagem são de dois tipos: as intervenções interdisciplinares e as intervenções autónomas.” (E1).

“A intervenção do enfermeiro abarca as intervenções interdependentes.” (E6).

“O exercício de enfermagem engloba duas categorias de intervenções como sabe: as actividades autónomas da exclusiva responsabilidade do enfermeiro, as actividades interdependentes.” (E9).

Importa realçar que o facto de o “SAPE [CIPE] ser architectado por enfermeiros portugueses”, levou a que as actividades de enfermagem fossem contempladas conforme expresso no discurso dos entrevistados:

“...os conteúdos introduzidos no sistema informático integram as especificidades da enfermagem.” (E6).

O software SAPE é concedido pelo IGIF gratuitamente. *“É-nos dado o esqueleto, isto é, as gavetas vêm despidas de qualquer conteúdo, e são preenchidas posteriormente pelos enfermeiros.”* Os conteúdos a introduzir são definidos pelos enfermeiros das respectivas unidades onde o sistema é implementado: *“São eles que vão construir o conteúdo a introduzir no sistema ou aplicativo informático.”*, *“São os enfermeiros quem decidem quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem a introduzirem no sistema.” (E9).*

Por outro lado, está estruturado no modelo processo de enfermagem, *“...donde, as acções de enfermagem estarem privilegiadas.” (E9).*

No entanto, o “**Modelo biomédico**” prevalece ainda nas unidades hospitalares e não é pouco frequente encontrar-se nos serviços uma prática desenvolvida no âmbito do modelo médico. São os médicos quem prescrevem, quem decidem; e, na maioria das vezes, os enfermeiros desenvolvem mais o papel de executores das prescrições médicas do que de prescritores.

Através das falas dos entrevistados pode-se confirmar a existência dessa realidade:

“No entanto ainda há uma grande tendência de olharmos mais para os aspectos biológicos.”, *“O médico continua a ter muito peso no trabalho hospitalar.” (E2; E5).*

“...o modelo biomédico ainda tem muito peso nos nossos contextos de trabalho e nos nossos hospitais...” (E5).

“...modelo biomédico ainda está muito presente nas unidades hospitalares, acho que isso vai permanecer ainda durante muito tempo.” (E6).

Para uma das entrevistadas uma das razões que explica essa tendência para “a opção pelo modelo biomédico” é o facto de o enfermeiro ser recém-licenciado e, por conseguinte, ter pouca experiência: *“Quando se é novo e temos pouca experiência é mais fácil cumprir prescrições.” (E2).*

“...equipa de enfermagem é muito jovem e ainda está um bocado ligada ao modelo biomédico.”, “...prescrições médicas conferem-lhes mais segurança.”

“...diagnósticos de enfermagem e as prescrições de enfermagem exigem o desenvolvimento das capacidades de raciocínio, de decisão que quando se é recém-formado sem experiência é mais difícil.” (E5).

“...hoje com o avanço da medicina assistimos na área dos cuidados de saúde ao desenvolvimento de um campo de intervenção altamente tecnológico.” (E6).

Porém, na definição do campo de intervenção do enfermeiro, as “Influências pessoais” são determinantes, não existindo qualquer relação com o utilizar ou não sistemas informáticos. A este respeito sublinham:

“...gostar mais das técnicas ou da relação, depende das pessoas, o sistema ou a CIPE, não resolvem essas tendências individuais.”, “...sistema é apenas um meio e não um fim. É somente um instrumento auxiliar de trabalho do enfermeiro.” (E1).

“O indivíduo pode estar mais inclinado para a área de colaboração ou de interdependência. Depende das pessoas, o sistema ou a CIPE, não vem resolver essas tendências individuais.” (E2).

O entrevistado reitera: *“É claro que isso depende de cada um e não do sistema.” (E2).*

“O indivíduo pode estar mais inclinado para a área de colaboração ou de interdependência. Depende das pessoas, o sistema ou a CIPE não resolve essas tendências individuais...”, “...depende...das características do próprio enfermeiro como também da formação de base recebida e ainda do tipo de serviço onde trabalha.”, “Não é o sistema...que vai alterar essas tendências. Que vai mudar essa forma de pensar e fazer enfermagem.” (E5).

“...isso depende das características de cada um. Não tem a ver com os sistemas informáticos.”, “...antes de existir a CIPE já existam enfermeiros que gostavam muito de conversar com o doente estavam mais voltados para a relação e outros que estavam mais voltados para as técnicas, para os tratamentos.” (E6).

3.7.3.2. Subcategoria Padronização dos cuidados

Quanto à subcategoria “Padronização dos cuidados”, obteve-se 9 indicadores e 70 unidades de enumeração. Ver Tabela 28.

Tabela 28 – Síntese da subcategoria Padronizações dos cuidados

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Padronização dos cuidados	Influência do SIE: SAPE [CIPE] na construção e utilização dos Planos “Tipo”	9
	Consequências práticas da utilização dos Planos “Tipo”	17
	Razões da utilização dos planos tipo	4
	Risco reduzido de perda de individualidade	20
	Influência das características individuais na concepção mecanicista do trabalho	9
	Consequências práticas da utilização do Manual Standard de Cuidados	4
	Consequências práticas da construção e utilização dos manuais, protocolos, procedimentos e normas de actuação	2
	Risco de concepção mecanicista do trabalho	3
	Risco reduzido de concepção mecanicista do trabalho	2
	Total	70

O trabalho hospitalar, apesar da sua alta prevalência de imprevisibilidade, dadas a características do trabalho em si, tem, contudo, um conjunto de normas e rotinas que regulam o seu dia-a-dia.

A uniformização dos cuidados, resultante da utilização do SIE, é considerada pelos entrevistados um aspecto positivo na prestação de cuidados, porquanto proporciona um trabalho uniformizado, isto é, a realização de um determinado cuidado não fica à mercê do julgamento do enfermeiro sobre o assunto, mas, antes, é baseado num consenso do grupo. Essa forma de trabalhar conduz, a médio e a longo prazo, à qualidade nos cuidados prestados.

Para 4 dos enfermeiros entrevistados, o SAPE [CIPE] influencia a construção e utilização dos planos “Tipo”.

De acordo com a literatura da área, o plano de cuidados padronizado construído ou delineado previamente é útil como guia de orientação das actividades a executar. O plano de cuidados padronizado ou plano “Tipo” afigura-se um instrumento importante para a prestação de cuidados, porquanto consiste num protocolo específico de cuidados que se revela apropriado para os doentes que apresentam problemas comuns associados a um determinado diagnóstico.

Pode-se verificar, através dos depoimentos dos sujeitos da amostra, que a existência de planos “Tipo” revelou-se um elemento facilitador e proporciona um trabalho mais eficaz:

“Está tudo lá, é só escolher.”, “Facilita o trabalho.” (E1).

“Os enfermeiros precisavam de ter na prática, um instrumento que lhes permitisse actuar com rigor, qualidade e rapidez. Os planos “Tipo” oferecem essa possibilidade.” (E2).

“Plano de cuidados padronizado revela-se um instrumento importante para a prática.” (E8).

Um dos efeitos positivos decorrentes da implementação do sistema na prática é a existência dos planos tipo de disposição vertical, com ganhos essencialmente para o doente, como referido por um entrevistado: *“...a disposição vertical do plano de cuidados evita a prescrição de cuidados ou intervenções antagónicas porque o sistema permite a visualização global dos problemas do doente.” (E9).*

Os entrevistados salientam as vantagens ou **“consequências práticas”** da sua utilização. A padronização dos cuidados é percebida com uma mais valia, porquanto em suporte de papel ou em suporte electrónico orientam o enfermeiro nas actividades a executar:

“...existência de planos tipo informatizados na realidade é facilitadora.”, “...orientam o enfermeiro para as intervenções

de enfermagem que tem que fazer para aquela situação concreta.” (E1).

“Os planos “Tipo” informatizados foram um ganho para a prática de enfermagem.”, “...planos “Tipo” revelam-se “bons” instrumentos de orientação para um agir uniformizado uma vez que, especificam intervenções padrão para doentes com problemas comuns.”, “...são úteis na medida em que vão reduzir o tempo que o enfermeiro perde a escrever intervenções de enfermagem iguais ou similares face a um determinado diagnóstico.” (E2).

“...vão orientar o enfermeiro na realização de determinadas acções numa dada situação concreta.”, “...englobam um conjunto de linhas orientadoras de determinados problemas comuns apresentados pelos doentes que orientam o enfermeiro na execução de determinadas acções.” (E5).

“...serve de guia para a concretização de cuidados específicos...” , “...contribuem e muito para a uniformização dos cuidados...” (E8).

Apontam ainda como vantagens resultantes da aplicação deste tipo de instrumento a redução de duplicações, servem de guias de orientação nas situações de não familiarização dos diagnósticos de enfermagem, como por exemplo nas situações de integração de novos elementos, na redução do tempo de enfermeiro a escrever, e reduz a contradição de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de um desempenho de qualidade. Os seus discursos evidenciam os aspectos positivos:

“...facilitar a documentação dos cuidados de enfermagem...” , “...evitar a duplicação da informação como acontecia quando os planos de cuidados eram feitos manualmente...” , “...úteis na orientação das enfermeiras que não estão familiarizadas com determinados diagnósticos.”, ...ajuda muito na integração, a manter a qualidade dos cuidados.”, “...reduzem o tempo que se perde a escrever os planos de cuidados.”. Acrescenta: “Não faz

sentido escrever N folhas de planos de cuidados para doentes que apresentam problemas comuns cujas intervenções de enfermagem vão ser as mesmas.” (E9).

“...directivas de actuação que ajudam os enfermeiros prestadores de cuidados a evitarem diagnosticar e a estabelecer intervenções de enfermagem comuns a determinadas situações clínicas.”, para além de que: “Ocupa menos tempo do enfermeiro...”, o qual, “...fica liberto para a prestação de cuidados.” (E8).

“...são úteis na medida em que vão reduzir o tempo que o enfermeiro perde a escrever intervenções de enfermagem iguais ou similares face a um determinado diagnóstico.” (E2).

A elaboração de planos de cuidados “tipo” é importante para a prática, porque para além de abordarem as situações clínicas específicas de uma determinada unidade, são construídos por toda a equipa que cuida do doente. No caso do sistema SAPE [CIPE], proporcionou reuniões com todos os elementos da equipa de enfermagem, para a construção do manual *standard* de cuidados, como expressado pelos sujeitos entrevistados: *“Na fase de adopção e implementação da CIPE foi construído o manual standard, protocolos, normas de actuação, onde estão descritos os procedimentos a ter face a esta ou aquela situação...” (E5).*

Na sua óptica, a construção do Manual *standard*, é basilar para a prestação de cuidados porque ajuda a:

- *“...orientar a conduzir as suas práticas, essencialmente quando a experiência é pouca.” (E5)*
- *“...cuidar uniformizado.”*
- *“Todos vão proceder da mesma forma...”*
- *“...conhecer se aquela forma de agir é a melhor.” (E8).*

Realçam que vai também, possibilitar “...comparar dados, não ter situações diferentes.” (E8).

Na realidade, este instrumento para além de proporcionar a uniformização dos cuidados e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados, ajuda a reduzir práticas inúteis e proporciona práticas baseadas na evidência, segundo directrizes específicas criadas para aquelas situações com base no conhecimento científico.

Proporcionam ainda uma maior compreensão por parte da equipa dos cuidados de saúde, do trabalho que cada um faz., o conhecimento dos resultados esperados e ajuda a equipa a encarar os cuidados prestados a doente numa perspectiva de equipa e não individual.

Por outro lado, garantem a continuidade do tratamento, contribuindo para a sua eficácia. Segundo o discurso de um dos entrevistados “*Todos passam a trabalhar de igual maneira contribuindo para a continuidade dos cuidados prestados.*” (E2).

O “risco de perda de individualidade” é também uma das preocupações dos utilizadores dos “planos tipo”. Porém, esse risco é reduzido na medida em que os planos tipo são desenvolvidos para problemas específicos, e não propriamente para a pessoa, porque o enfermeiro deve sempre adaptar qualquer plano padronizado à situação específica da pessoa. Como refere LEFEVRE (2005), o enfermeiro deve possuir a capacidade de verificar se o plano está ou não adaptado ao doente e de reconhecer quando os problemas do doente não estão cobertos pelo plano, procurando outras formas de os abordar.

Para além do que está escrito no plano padronizado o enfermeiro poderá ter que acrescentar outra informação, de modo a adaptar o plano às especificidades do doente. Relativamente ao sistema SAPE [CIPE], o sistema dispõe de espaços livres que o enfermeiro pode utilizar sempre que necessitar para acrescentar informação ou sugerir outros diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Segundo os depoimentos dos entrevistados *“O risco de perda de individualidade ou de mecanização do trabalho é bastante baixo...”* (E1).

A informatização dos planos padronizados não é conducente de um trabalho mecanizado ou da perda de singularidade do doente. Os entrevistados sublinham:

“...os cuidados são personalizados porque há a necessidade de o enfermeiro decidir entre a lista de intervenções sugeridas pelo sistema informático, quais as intervenções precisas para aquele caso.”, “Pode parecer um carimbo XPTO, mas não é, há de facto uma individualização dos cuidados.”, “...cada enfermeiro sabe que tem pela frente um doente que é um ser único singular e que é diferente do outro doente do lado portanto, não pode desenvolver um trabalho rotineiro nem padronizado.”, “O sistema dispõe de espaços livres onde o enfermeiro pode sempre documentar as singularidades ou especificidades do doente, sugerir outros diagnósticos ou intervenções.” (E1).

“...sistema dispõe de campos ou espaços em branco para as prescrições específicas do doente.”, “...quiser acrescentar informação ou sugerir outros diagnósticos ou intervenções de enfermagem é só usarem o campo destinado ao texto livre.” (E5).

“...existe no sistema espaços livres destinado a texto livre onde o enfermeiro pode sempre colocar informação relativa a aspectos singulares do doente o que faz com que haja personalização dos cuidados.” (E2).

Ainda de acordo com este entrevistado, é impossível a utilização de planos padronizados distanciados do doente, das suas especificidades, porque a *“...pessoa é tão complexa que quando adoece mesmo que tenha o mesmo diagnóstico que o outro doente tem as suas especificidades, que têm que ser consideradas pelo enfermeiro no processo de cuidar.”*, donde, *“...as acções seleccionadas pelo enfermeiro dentro do*

leque de acções sugeridas pelo sistema tenderão a ser diversificadas para os diferentes doentes.” (E2).

Porém, na óptica de alguns dos entrevistados o **“O risco de mecanização do trabalho”**, *de cair numa rotina, de perda de individualidade dos cuidados porque o sistema nos dá planos de cuidados pré concebidos vai existir como é óbvio.” (E6), “O risco de perda de individualidade existe sempre...” (E2).* Esta crença é partilhada por outro dos entrevistados: *“...a utilização destes planos tipo já “pré-fabricados” ou desta “check list” é um risco...” (E9).*

Contudo, para um dos entrevistados *“Os procedimentos e as normas de actuação ajudam muito a uniformizar os cuidados.”*, os *“...procedimentos os protocolos ajuda-os a esclarecer dúvidas na realização de um determinado procedimento ou técnica.” (E2).*

A implementação do sistema teve como **“consequência prática”** a elaboração de protocolos e de normas de actuação que delineiam a forma de oferecer determinados cuidados, em situações concretas, favorecendo o desenvolvimento de cuidados de qualidade e a autonomia profissional.

Todavia, para alguns dos profissionais de enfermagem entrevistados, a **“Influência das características individuais”** pode contribuir para a concepção mecanicista do trabalho. Defendem que o risco de mecanização do trabalho não está associado à informatização, mas, antes, às características individuais de cada um. A este respeito regista-se o seguinte:

“...os cuidados de enfermagem só não são personalizados se o enfermeiro não quiser...”, “Pode realmente limitar-se a colocar cruzinhas. Mas isso tem a ver com as pessoas e não com o sistema.” “O não se interessar pelo trabalho, cumprir apenas as rotinas estabelecidas, pode ser observado em qualquer contexto de trabalho.” “Não tem a ver com os sistemas de

informatização”, porque “...quem decide por um trabalho dinâmico, criativo ou rotineiro é o enfermeiro.” Sublinha que “Mesmo sem sistema informático, o enfermeiro pode limitar-se a fazer os chamados cuidados básicos ao doente, o que é rotina fazer-se no serviço para aquela situação e não acrescentar mais nada...”, na realidade, “...tem a ver com a pessoa e não com o sistema.” (E5).

Esta afirmação é corroborada por outro dos entrevistados: *“O não ser individualizado só depende do profissional não tem a ver com o instrumento em si.” (E8).*

3.7.3.3. Subcategoria Mecanização do Trabalho

Desta subcategoria resultaram 4 indicadores e 33 unidades de enumeração, como se pode verificar através dos dados expostos na Tabela 29.

Tabela 29 – Síntese da Categoria: Mecanização do Trabalho

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Mecanização do trabalho	Rotinas	9
	Risco reduzido de concepção mecanicista do trabalho	15
	Influência das características individuais na concepção mecanicista do trabalho	8
	Risco de mecanização do trabalho	1
Total		33

O risco de um trabalho mecanizado, resultante de uma prática apoiada por um sistema informatizado, não preocupa os entrevistados. Pelo contrário, a crença que prevalece entre estes é a de que a rotina não existe, e se ela existe é porque as pessoas assim o querem. O tipo de trabalho e o objecto de trabalho de enfermagem não

permitem que a rotina se estabeleça no espaço hospitalar, como se pode verificar nos discursos.

Porém, é preciso não esquecer que toda a instituição, para funcionar harmoniosamente, tem que possuir algumas rotinas, caso contrário estaria a pôr em causa a sua funcionalidade.

Assim sendo, para os entrevistados, o hospital não é exceção e, tal como as demais organizações, a “rotina” existe de modo a manter a dinâmica e a funcionalidade dos serviços. Os entrevistados referem a este respeito:

“...a nossa vida é regulada por rotinas o hospital não é exceção.”

*“...determinados cuidados que seguem uma rotina...”,
“...existem rotinas, a hora dos cuidados de higiene, a hora de administração da terapêutica, a hora da alimentação, a realização de algumas Actividades de Vida Diária, como o levantar, os posicionamentos, salvo as exceções, a visita médica, entre outras, mas faz parte da dinâmica institucional.” (E1).*

“O hospital, tal como nós tem rotinas, que garantem o seu funcionamento, caso contrário seria um caos.”, “É claro que existem rotinas senão seria um caos.”, “Para que o serviço possa funcionar têm que existir determinadas rotinas, mas é aqui e em toda a sociedade.” (E2).

“...no hospital o desenvolvimento dos cuidados está organizado, segundo um esquema de rotinas, estabelecido pela equipa de saúde: enfermagem e médica, de acordo com a dinâmica de funcionamento do serviço.”, “...a rotina é necessária, caso contrário não conseguíamos funcionar.”, “...o que seria cada um a fazer o que lhe apetecesse? Seria o caos...” (E9).

Mas deve-se reiterar que o tipo de trabalho e o objecto de trabalho **“reduzem as probabilidades de um trabalho mecanizado”**, como asseveram os entrevistados:

“...muita imprevisibilidade.”, “...não acho que seja um trabalho rotineiro.”, “...enfermeiro tem por função dar resposta às necessidades do doente então não pode ter um trabalho rotinizado.”, “...as necessidades manifestadas pelos doentes são tão diversas ao longo do dia que leva a que a actuação do enfermeiro seja mais regulada pela imprevisibilidade do que pela rotina.” (E1).

“Na medicina, na enfermagem, nada é estático as coisas estão sempre a mudar...”, *“...as situações são tão variadas que requerem sempre, flexibilidade, adaptabilidade, inovação, proactividade.”*, *“...o trabalho é tão complexo e diverso que nunca pode ser considerado uma rotina.” (E2).*

“...há sempre que possível, o cuidado de atender a algumas preferências dos doentes.” (E9).

3.7.3.4. Subcategoria Reflexão

A subcategoria Reflexão reuniu 2 indicadores ou códigos substantivos e 11 unidades de enumeração.

A implementação dos SIE na prática de enfermagem trouxe para a classe uma nova forma de estar na profissão. De um trabalho individual, sem questionamentos ou justificações, onde cada um delineava o seu plano de trabalho sem consultar os demais, passou-se a um novo contexto de trabalho no qual existem maiores espaços de discussão, de troca de ideias, de reflexão sobre os cuidados prestados.

Nas conversas informais com os enfermeiros utilizadores era comum ouvir-se falar de um trabalho isolado, sem ligação entre os elementos da equipa, e da não

existência de espaços de reflexão sobre o trabalho realizado, relativamente a aspectos relacionados com a profissão. Todos concordavam que a implementação dos SIE contribuiu para que se passasse a reflectir sobre a sua realidade.

Os enfermeiros afirmavam frequentemente que a possibilidade de agora estarem mais juntos permite-lhes superar mais facilmente as dificuldades, assim como superar as diferenças individuais na forma de conceber os cuidados pela complementaridade das suas acções, o que se traduz em mais qualidade nos cuidados prestados. Também os entrevistados focaram este aspecto como um factor positivo:

“...permitiu-nos pensar sobre as nossas práticas, sobre o que estamos a fazer.”

“...mais reflexão sobre a prestação de cuidados.” (E1).

*“...envolveu reflexão sobre as práticas de enfermagem...”,
“...muita reflexão sobre aquilo que se fazia e como se fazia e porque se fazia dessa forma e não daquela.”, “...houve a necessidade de reflectir muito sobre o que fazíamos na nossa prática.” (E2).*

“...levou a que nós enfermeiros reflectíssemos mais sobre as nossas práticas...”, “...sobre os cuidados que prestávamos.” (E5).

“...utilizam o sistema aplicativo não só não como uma coisa para fazer “cliques”, pressupõe que reflectam mais os cuidados, pensem mais.”, “...muita mais reflexão de enfermagem agora.” (E6).

3.7.3.5. Subcategoria Registos de enfermagem

Segundo a perspectiva dos diferentes autores lidos, um dos grandes ganhos para a enfermagem ao adoptar sistemas de informação foi passar a dispor de um instrumento que permite registar de forma organizada e sistematizada os cuidados de enfermagem. A

documentação de enfermagem vai trazer para a profissão ganhos irrefutáveis nas diferentes áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão, profissão e sociedade.

A subcategoria Registos de enfermagem, agrupa 3 indicadores ou códigos substantivos e 59 unidades de enumeração, conforme indicado na Tabela 30.

Tabela 30 – Síntese da Categoria Registos de enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Registos de enfermagem	Influência do SAPE [CIPE] nos registos de enfermagem	9
	Consequências práticas dos registos de enfermagem	47
	Características dos registos	3
Total		59

Através dos registos efectuados o enfermeiro tem uma visão do todo. Segundo os dados bibliográficos, o sistema favorecem essa possibilidade através do registo toda a informação relativa ao trabalho de enfermagem, tal como manifestado nos discursos dos entrevistados.

Relativamente ao item **“Influência do SAPE [CIPE] nos registos de enfermagem”**, os entrevistados são unânimes sobre o facto de a implementação do sistema ter revolucionado o campo de documentação de enfermagem. O sistema facultou o registo das actividades de enfermagem e, por conseguinte, os efeitos colaterais afloraram nas diferentes áreas.

A “...informatização dos registos.” (E1), passou a ser realidade.

“A implementação do sistema teve como grande benefício para a profissão, o registo das actividades de enfermagem.” (E2).

“Veio nos libertar da crise de registarmos todos os dias as mesmas coisas.” (E6).

“Facilita os registos porque é quase um “check list”...”,
 “Permite armazenar os dados.”, “...ajuda-nos a dar

visibilidade ao nosso trabalho, ao proporcionar o registo das nossas actividades.”, “Os registos das actividades de enfermagem estão lá e podem ser consultados. (E8).

“...com o registo informatizado associado à linguagem CIPE tudo mudou. “ (E9).

A enfermagem está a passar neste momento por um período de adaptação, que evidencia a crise vivida na documentação das actividades de enfermagem no âmbito do sistema anterior.

No sistema anterior o trabalho dos enfermeiros era mais dificultado pelo facto de os registos, além de escassos, serem longos e nem sempre o conteúdo se apresentar como o mais adequado. Os entrevistados concordam que o sistema veio mudar essa situação, oferecendo muitas possibilidades aos enfermeiros neste campo crucial para a profissão. Asseguram que as **“consequências práticas”** foram positivas, nomeadamente:

Para a prestação de cuidados:

- *“...perder menos tempo a escrever páginas e páginas de notas de enfermagem...”*
- *“...visualizar os cuidados prestados ao doente...”*
- *“Consultar o plano de cuidados ...”*
- *“...conhecer o que se passa com o doente...”*
- *“...registar as especificidades do doente, as suas preferências...”*
- *“...discutir com os colegas os problemas do doente.”*
- *“...registo informatizado da terapêutica levou à diminuição da probabilidade de errar.” (E1).*
- *“Promove a comunicação entre a equipa...” (E5; E8).*

- *“É importante que o enfermeiro documente as intervenções/prescrições que realizou.”*
- *“Serve de prova em caso de surgir algum problema de âmbito legal.”*
- *“Registos garantem a continuidade de cuidados...”*
- *“Perceber o que está escrito será mais fácil...”*
- *“...registo das actividades de enfermagem realizadas veio evitar que esqueçamos de fazer as coisas.”*
- *“...evitar que se erre, por não se perceber a letra...”*
(E5).
- *“...mais libertos para prestarmos cuidados...”* (E1; E8).
- *“...mais libertos para outras actividades como a pesquisa e a investigação.”* (E1; E2; E5; E6).
- *“Não é necessário escrevermos todos os dias a mesma coisa...”*
- *“...todos fazem a avaliação inicial do doente.”*
- *“...evita registar informação desnecessária, que ocupava muito do nosso tempo...”*
- *“...registos escritos numa linguagem que todos conhecemos...”*
- *“...igual para todos os contextos...”*
- *“Não se perdem dados...”* (E8).

Para o doente:

- *“...evita estar a perguntar ao doente a mesma coisa”*
(E1; E2; E6).
- *“Com os registos informatizados ganhamos mais tempo para estarmos junto do doente e da família ...”* (E2; E5; E8).

Para a profissão:

- “...reflectir sobre a nossa prática...” (E1). Ponto de vista partilhado por PIGNATELI (2005:44): “*Instrumento promotor de reflexão crítica.*”
- “Ao registarmos o que fazemos estamos a mostrar a importância do nosso trabalho.”
- “Os outros técnicos de saúde e não só, os governantes, o público em geral, vão poder conhecer melhor o campo de intervenção de enfermagem e valorizar mais o nosso trabalho.” (E2; E5; E8).

Verifica-se que, no sistema anterior, os registos em suporte de papel tomavam grande parte do tempo destes profissionais. Ao diminuir o volume da escrita os enfermeiros estão mais presentes e atentos às necessidades dos doentes e seus familiares. Esta mudança nas práticas contribui para que o trabalho seja mais facilitado e melhorado. Contudo, é notório que estes trabalhadores estão vivendo um período de adaptação com a adopção do sistema na prática, porquanto antes escreviam muito e agora escrevem muito menos. No dia-a-dia laboral isso faz muito sentido, porque deixa de haver a necessidade de reproduzirem as mesmas informações, bem como inquirirem o doente sempre com as mesmas questões, porque não ficava registado o trabalho realizado pelo enfermeiro no seu turno. Outro efeito positivo é a possibilidade de se visualizar rapidamente uma acção desenvolvida, o que não era possível no sistema anterior.

Os registos servem, ainda, para avaliar a responsabilidade do enfermeiro e são uma prova legal.

A informatização dos registos contribuiu para a elaboração de registos claros, concisos e objectivos, isto é, registos com base numa linguagem científica. Todos passaram a escrever da mesma forma, ou seja, a utilizar a mesma terminologia, o que torna a leitura fácil e perceptível. No item “**Características dos registos**”, três dos entrevistados comentam a este respeito:

“...com a utilização da linguagem CIPE a documentação é mais objectiva, científica.” (E5).

“A informação é clara objectiva e todos percebemos o que está lá escrito.” (E6).

“...registos claros, objectivos e lacónicos.” (E8).

3.7.3.6. Subcategoria Linguagem CIPE

A subcategoria Linguagem CIPE congrega 2 indicadores ou códigos substantivos, com 34 unidades de enumeração. Ver Tabela 31.

Tabela 31 – Síntese da subcategoria Linguagem CIPE

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Linguagem CIPE	Utilização da linguagem CIPE	1
	Consequências práticas da linguagem CIPE	33
Total		34

Para que os enfermeiros possam descrever a sua prática é importante o uso de uma linguagem específica da profissão. A uniformização da linguagem é um elemento fundamental para os registos informatizados e para fins de investigação.

A organização e ordenação dos dados num banco de dados com finalidades clínicas e de investigação só são possíveis mediante a utilização de uma terminologia comum. A linguagem CIPE oferece aos profissionais de enfermagem essa possibilidade.

Relativamente ao item **“Utilização da linguagem CIPE”**, um dos entrevistados afirma que no seu serviço a linguagem utilizada é a linguagem CIPE:

“As intervenções de enfermagem neste serviço estão descritas segundo a terminologia CIPE.”, “Seguimos a linguagem CIPE.” (E9).

Quase metade da amostra (44%) destaca os efeitos ou **“consequências positivas da adoção da linguagem CIPE”** na prática de enfermagem.

A utilização de uma linguagem padronizada de enfermagem levou a que *“...usássemos todos a mesma linguagem.” (E1).*

Outros dos contributos da utilização da linguagem CIPE anunciado pelos entrevistados foram:

“Facilita a leitura”, “...facilita a construção do plano de cuidados.” (E1).

“Toda a gente entende o que esta escrito”, “A linguagem é igual para todos, todos escrevem da mesma maneira.” (E1; E2; E5).

“...evita erros por não perceber a letra.” (E2).

“O uso da CIPE é muito positivo porque passamos a dispor de uma linguagem própria...” “...os cuidados estão uniformizados o que é bom para nós porque trabalhamos todos da mesma maneira”, “...bom para o doente porque tem continuidade de tratamento.” (E2; E5; E6).

“...linguagem CIPE utilizada na aplicação ajuda-nos muito na construção dos planos de cuidados, dos diagnósticos, na articulação entre serviços.”, “...ajuda-nos no transmitir a informação aos colegas...”, “...melhora a comunicação entre os enfermeiros...”, “...melhora os registos.” (E6).

Os enfermeiros deixam de estar dependentes da capacidade de cada um para escrever ou relatar os acontecimentos relativos ao doente. Utilizando as palavras de um dos entrevistados:

“...não nos preocupamos com a linguagem que vamos utilizar para descrever os problemas do doente.”, “...já não ficam preocupados como vão elaborar o plano de cuidados.” (E1).

Foca-se, ainda, a possibilidade de se revelar aos outros profissionais da saúde, aos políticos e governantes e aos cidadãos, a contribuição da enfermagem nos cuidados de saúde:

“...ajuda-nos a revelar o que estamos a fazer aos outros técnicos.”, “Os outros técnicos de saúde e não só, os governantes, o público em geral vão poder conhecer melhor o campo de actuação de enfermagem.”, “...ter conhecimento do nosso contributo para a área da saúde.” (E1).

3.7.4. Impactos do SAPE [CIPE] no campo relacional

As parcerias são cada vez mais importantes no processo de cuidar. O doente deve assumir um papel activo no seu projecto terapêutico.

Da categoria Impactos do SAPE [CIPE] emergiu a subcategoria Parceria no cuidar.

3.7.4.1. Subcategoria Parceria no cuidar

Quanto à subcategoria parceria no cuidar, foram identificados 6 indicadores ou códigos substantivos, com 40 unidades de enumeração. Ver Tabela 32.

Tabela 32 – Síntese da Subcategoria: Parceria Cuidar

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Parceria no cuidar	Influência do sistema SAPE [CIPE] na parceria enfermeiro/doente	2
	Interacção enfermeiro/doente	6
	Razões da não participação do doente nos cuidados	6
	Interacção enfermeiro/família	13
	Não participação da família nos cuidados ao familiar doente	7
	Razões da não participação da família nos cuidados ao familiar doente	6
Total		40

A parceria enfermeiro/doente família faz parte do processo de cuidados. Se formos ver a definição dada pela Ordem dos Enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem está lá descrito que “*O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa (...) Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue.*” (O.E, 2003:4).

Os enfermeiros actuam em interacção com o doente/família no sentido de promoção, manutenção e/ou restauração do nível de saúde do doente.

Quanto ao item “Influência do sistema SAPE [CIPE] na parceria enfermeiro/doente”, um dos entrevistados refere:

“...o sistema tem na base as etapas do processo de enfermagem, o que favorece uma relação enfermeiro doente no processo de cuidar.”, “Promove a interacção ou parceria enfermeiro doente...” (E1).

“A aplicação do Processo de Enfermagem permite que o doente seja envolvido nos cuidados.” (E2).

No processo de prestação de cuidados o enfermeiro está constantemente a interagir com o doente, isto é, sempre que o estado clínico do doente o permita, o enfermeiro estabelece níveis de comunicação com este, bem como com a pessoa significativa, tal como expresso pelos sujeitos da amostra:

“Desde o momento da admissão, logicamente se o doente está lúcido, há constantes interações enfermeiro/doente.”, “O enfermeiro ao prestar cuidados discute com o doente os problemas que o afecta.” (E2).

“...quando o doente mostra interesse em colaborar, nós solicitamos a sua ajuda.” (E5).

“...quando é possível eles participam.” (E6).

A não participação do doente nos cuidados está relacionada, segundo os entrevistados, ao quadro clínico do doente, sobretudo devido à existência de um estado confusional:

“...a maioria está confusa, o que leva a que o enfermeiro tenha que fazer tudo pelo doente.”, “A colaboração por parte do doente é praticamente inexistente, porque são idosos, porque têm AVC e estão afásicos, confusos...” (E5).

“...a maior parte dos nossos doentes estão confusos, desorientados.” (E6).

Outra das razões apontadas pelo entrevistado é a própria dinâmica organizacional que condiciona a participação do doente:

“...no hospital há as rotinas e a maior parte das vezes nós temos que decidir por eles...” , “...O trabalho é intenso e não dispomos de tempo para consultá-los...para discutir com eles as suas preferências...” (E6).

Há, também, por parte dos profissionais de enfermagem, a preocupação em envolver a família nos cuidados a prestar ao familiar doente:

“O papel do prestador de cuidados ganha relevo com a adoção da CIPE na prática.”, “Contactamos a família e procuramos que ela aprenda como cuidar do seu familiar doente.” (E5).

“...envolvemos muito a família nos cuidados à pessoa doente.”, “...contactamos a família, e pedimos que venha ao hospital no sentido de sabermos quais são os seus conhecimentos.”, A família é orientada, ensinada e treinada.” (E9).

Apesar do estímulo que os profissionais de enfermagem accionam para o envolvimento da família como prestador de cuidados, a maioria não aceita este papel conforme expresso no discurso de um dos entrevistados:

“A família! A maior parte não quer colaborar.”, “Pede-se para vir ao serviço para fazermos ensinamentos, mas não vêm...” , “...nem sequer vêm na altura das refeições para ajudar...” (E5).

Os profissionais de enfermagem dizem compreender a posição das famílias, focando possíveis causas explicativas destes comportamentos, nomeadamente:

“...hoje somos todos muito velhos pais e filhos e é um problema, porque também já temos os nossos handicaps.” (E2).

“As pessoas trabalham, não tem recursos nem físicos, nem materiais para ter os doentes em casa...” (E5).

“...as pessoas trabalham, não têm tempo, às vezes vêm aflitos para organizar a sua vida.”, “...muitas das vezes é uma carga de trabalhos.” (E9).

Na opinião dos entrevistados, a estrutura social não facilita este processo. A solidariedade mecânica de que nos falava DURKHEIM (1991), praticamente não existe na sociedade actual, porque o que prevalece é a anomia. Esta ruptura de laços sociais, associada a estruturas de apoio comunitário deficientes, dificulta que os familiares tratem os doentes idosos no domicílio, pelo que os profissionais de enfermagem consideram que o baixo índice de participação das famílias no cuidar os familiares doentes “...tem a ver com a sociedade em que vivemos, as redes de solidariedade de vizinhança estão-se a perder ...” (E5).

3.7.5. Categoria: Impactos do SAPE [CIPE] no campo informacional/comunicacional

Esta categoria emergiu de 2 subcategorias: a subcategoria Informação, composta por 3 indicadores, com 27 unidades de enumeração, e a subcategoria Comunicação, com 8 indicadores e 69 unidades de enumeração.

3.7.5.1. Subcategoria Informação

A subcategoria Informação agrega 3 indicadores, com 27 unidades de enumeração, conforme mostrado na Tabela 33.

Tabela 33 – Síntese da Subcategoria Informação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Informação	Influência do SAPE [CIPE] no campo da informação	15
	Consequências práticas da informação informatizada	10
	Dificuldades no acesso à informação	2
Total		27

A implementação do sistema SAPE, com base na linguagem CIPE, possibilitou a criação de um banco de dados que facilita a organização e o ordenamento da informação, com efeitos colaterais para a prática de enfermagem.

Para 56% dos entrevistados os efeitos colaterais resultantes da adoção do sistema SAPE [CIPE] relativamente ao item **“Influência do SAPE [CIPE] no campo da informação”** na prática de enfermagem são visíveis:

“...ter a informação organizada, antes estava tudo muito disperso.” (E1)

“...rapidamente acedo à informação, aos dados sobre o doente.”

“...enfermeiro pode sempre que queira consultar informação sobre o doente, esclarecer as dúvidas...” (E1; E5; E6).

“Permite-lhes organizar e sistematizar a informação (E2; E6).

“Maior acessibilidade aos dados.”, Permite-me obter indicadores, o que facilita se quiser fazer um trabalho de investigação, sobre os cuidados de enfermagem prestados.” (E9).

Para dois dos entrevistados as **“consequências práticas da informação informatizada”** foram muitas, de entre as quais se destacam a criação de um banco de dados, o rápido acesso e visualização dos dados, obtenção de indicadores e, por conseguinte, poder desenvolver a investigação na área da enfermagem:

“...permite a criação de um banco de dados...” (E6).

“Rapidamente acedemos à informação...” , “...fácil visualizar.”

“...fomenta a investigação.” (E6; E8).

“...útil na construção de indicadores.” (E8).

Porém, a não informatização do sistema nos serviços levanta alguns problemas, sobretudo **“dificuldades no acesso à informação”**, segundo a opinião de E2:

“...não temos o serviço informatizado por falta de computadores, o acesso à informação é mais difícil.”

3.7.5.2. Subcategoria Comunicação

Relativamente à subcategoria Comunicação, agrega 8 indicadores ou códigos substantivos, com 68 unidades de enumeração, como demonstrado na Tabela 34.

Tabela 34 – Síntese da Subcategoria Comunicação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Comunicação	Influência do SAPE [CIPE] no campo da comunicação	5
	Comunicação entre os enfermeiros	9
	Discussão entre os enfermeiros	26
	Baixos níveis de intercâmbio informacional/comunicacional entre enfermeiros e outros técnicos de saúde	12
	Articulação interdepartamental	1
	Articulação com outras instituições de saúde	8
	Influência do SAPE [CIPE] na partilha de informação	5
	Partilha de experiências	2
Total		68

A prestação de cuidados exige que as pessoas comuniquem entre si para transmitir ou partilhar factos, conhecimentos, experiências, etc.

Todos os momentos do processo de cuidar traduzem actos de comunicação, como as simples palavras de um parecer do qual, às vezes, depende todo o êxito dos cuidados praticados.

Os sistemas de informação vieram ajudar a suprir as dificuldades de comunicação entre os profissionais de enfermagem, assim como facilitar a articulação entre serviços e/ou instituições de saúde.

Os entrevistados estão maioritariamente de acordo que o “**sistema de informação SAPE [CIPE]** ” influenciou positivamente a implementação prática da comunicação, particularmente entre os enfermeiros.

A comunicação entre os agentes de saúde proporciona uma informação clara do que pode e deve ser feito para uma determinada situação, e uma discussão avaliadora das vantagens e desvantagens que um acto clínico poderá eventualmente causar.

Segundo a óptica dos entrevistados, a implementação do sistema operou melhorias a este nível, mas principalmente entre os enfermeiros, porque entre estes e os demais agentes organizacionais as mudanças ainda não são visíveis.

Cerca de 44,4% dos inquiridos afirmam que os níveis de **“comunicação e de discussão entre os enfermeiros”** melhoraram significativamente: *“...maior comunicação entre os enfermeiros.”* (E1; E2; E5; E6).

Efectivamente, 56% dos sujeitos da amostra realçam que na fase de implementação da *“...CIPE tiveram que construir o manual standard o que envolveu muita discussão sobre as práticas de enfermagem”*. (E1; E2; E5; E6; E9).

Corroboram que actualmente os enfermeiros *“Discutem mais...”*, sobretudo *“Discutem mais os cuidados de enfermagem, os problemas dos doentes.”* (E1, E2; E5; E6; E9).

Apesar de os sujeitos da amostra terem consciência de que o processo de cuidados não consiste em actos isolados, porquanto muitos dos problemas apresentados pelos doentes necessitam de vários recursos, para além dos da enfermagem para a sua resolução, há um sentimento comum de que a **“comunicação entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde é muito baixa”**. Tendencialmente desenvolvem um trabalho individual e o que prevalece é a multiprofissionalidade e não a interdisciplinaridade. A este respeito dizem:

“Cada um trabalha na sua área...”, “...não existe um trabalho de equipa de interdisciplinaridade...”, “...apenas de multiprofissionalidade.” (E1; E5).

“A comunicação com os outros elementos da equipa de saúde... Hum! Nem tanto.”, “...por enquanto continua cada um a fazer o seu trabalho...” (E2).

“Não houve uma maior participação, maior discussão entre as duas partes, médica e de enfermagem.”, “Não há um verdadeiro trabalho de equipa...”, “Continuamos a trabalhar um pouco individualmente. Eles fazem a parte deles, nós fazemos a nossa.” (E9).

Os entrevistados admitem que a **“articulação entre os serviços e/ou instituições de saúde”** melhorou, pois além da elaboração da carta de transferência/alta informatizada, a informação é escrita com base na linguagem CIPE, o que torna tudo mais perceptível:

“Articulamos com os centros de saúde...”, “...faz-se a carta de transferência.”, “Contactamos outros técnicos de saúde...” (E5; E6; E9). Como defendido por Pignatelli (2006:10), quando salienta que a CIPE é *“...um meio potenciador de uma melhor articulação de cuidados, em particular entre os centros de saúde e os hospitais...”*.

Os entrevistados concordam que há maior **“partilha de informação e de experiência”** entre os enfermeiros:

“...trocam mais pontos de vista...”, “...discutem experiências práticas.” (E1; E6).

Um dos entrevistados menciona que a construção do manual *standard* de cuidados na fase de pré-implementação do sistema SAPE [CIPE] promove a partilha de experiências de saberes entre os enfermeiros, pois há que chegar a um consenso sobre os diagnósticos e intervenções/acções de enfermagem a constar no sistema aplicativo:

“A construção do manual em grupo permite-nos partilhar experiências...” (E8).

Outro dos entrevistados salienta as potencialidades do sistema neste campo.
Afirma:

*“Os nossos SIE têm o potencial da partilha de informação...”,
 “Eu através do sistema vou ao ícone da partilha e acedo ao
 planeamento de cuidados do enfermeiro do Centro de Saúde e o
 contrário também é possível.” (E9).*

O sistema SAPE [CIPE], naquele contexto hospitalar, assume características diferentes dos demais aplicativos implementados nas diferentes unidades hospitalares. Naquela unidade em particular foi criada uma rede informática que permite o funcionamento em rede entre o hospital e os centros de saúde.

3.7.6. Categoria Impactos do SIE no campo do desenvolvimento profissional

A categoria Impactos do SIE no campo do desenvolvimento profissional derivou da categoria Formação, que reúne 13 indicadores e 73 unidades de formação, como ilustrado na Tabela 35.

Tabela 35 – Síntese da Subcategoria Formação

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Formação	Influência do SAPE [CIPE] no campo da formação em serviço	4
	Realização de formação em serviço	1
	Baixa adesão dos profissionais de enfermagem na realização e formação em serviço	9
	Razões da não realização de formação em serviço	1
	Papel da chefia	2
	Formação organizacional	8
	Influência do SAPE [CIPE] no campo da investigação	1
	Investigação	12
	Razões da não realização de trabalhos de investigação	8
	Influência das características individuais no campo da valorização profissional	8
	Actualização	8
	Formação contínua	8
	Consequências práticas da formação contínua	3
Total		73

Relativamente à “Influência do SAPE [CIPE] no campo da formação em serviço” constata-se que a maioria dos entrevistados 89% (8) não considera que o sistema SAPE [CIPE] tenha qualquer influência neste campo, dado que somente 1 dos entrevistados realça essa potencialidade. Enfatiza:

“O SI ajuda o enfermeiro a ter consciência das suas limitações em termos de formação.” O enfermeiro tem a possibilidade de accionar no sistema aplicativo um dos ícones que lhe permite solicitar formação: *“O sistema aplicativo tem um ícone que o enfermeiro pode utilizar para pedir formação.”* (E6).

A dispersão das respostas poderá estar relacionada com as diferentes fases de implementação do sistema SAPE nos hospitais e, por conseguinte, corresponde a diferentes patamares de exploração por parte dos utilizadores do sistema.

A preparação científica é fundamental no aprofundamento dos conhecimentos e na busca da verdade. Em parte, a continuidade desta formação inicial é uma actividade pessoal. Os cursos de pós-graduação, as reuniões, as jornadas, as sessões clínicas realizadas nos contextos de trabalho, são meios de aprendizagem, de formação científica.

A busca constante de conhecimentos é uma característica das sociedades aprendentes e a realização de formação é característica dos profissionais bem sucedidos.

Quanto aos itens **“Realização de formação em serviço”** e **“Baixa adesão dos profissionais de enfermagem na realização e formação em serviço”**, segundo os depoimentos dos entrevistados, 44,4% refere não realizar ou realizar muito pouca formação em serviço. Apenas um (11,1%) dos entrevistados afirma que, no serviço, são realizadas sessões de formação.

A formação é crucial para a melhoria das práticas clínicas, o que tem grande importância em enfermagem. O interesse pela formação em serviço depende duma

acção colectiva. No entanto, as respostas dos entrevistados não revelam o desenvolvimento de momentos de formação científica no contexto das práticas:

“A formação em serviço é muito escassa.” (E1).

“Formação não se faz.” (E2).

“Formação fazemos muito pouca...” (E5).

“Nós temos muita formação.” (E6).

Porém, alguma formação é realizada:

“De vez em quando apresentam uns temas.” (E2; E6).

“Nas reuniões de serviço apresentam de vez em quando uns temas.” (E2; E5).

“Efectuamos já algumas sessões de formação no serviço.” (E9).

O hospital deveria estar preocupado em proporcionar momentos de formação, motivando e estimulando os agentes organizacionais no desenvolvimento de conhecimentos científicos, no aprimoramento das técnicas, na formação continuada.

Os sujeitos da amostra sublinham que as chefias têm um papel importante no incentivo e estímulo da criação de espaços de formação em serviço, e que o hospital dispõe de um departamento de formação que oferece cursos de formação profissional nas diferentes áreas de actuação. Existe também nos serviços um elemento responsável pela formação em serviço, que elabora o plano de formação anual segundo as prioridades de formação estabelecidas pelos enfermeiros de cada unidade ou departamento hospitalar. A própria lei contempla horas para formação, todavia, a formação realizada é escassa e, em alguns serviços, é mesmo inexistente. Nos discursos estão presentes as múltiplas questões envolvidas nesta temática, que retratam esta realidade.

Relativamente às **“Razões da não realização de formação em serviço”**, um dos entrevistados refere:

“...é difícil as pessoas têm dois horários e não é fácil conciliar.” (E1).

Quanto ao **“papel da chefia”**, os entrevistados acentuam:

“Os enfermeiros não se mostram motivados para isso. É preciso insistir muito” (E2).

“...é preciso muita insistência da nossa parte.” (E5).

“...como enfermeira chefe estímulo-os a participar em projectos e eles até aceitam...”. “Tento estimulá-los para a formação, para a apresentação, de posters, de comunicações livres, essas coisas...”, “...quando sou solicitada para determinados trabalhos, tento que alguns deles participem, que façam parte desses trabalhos.” (E6).

É focada, ainda, a **“preocupação da organização”** na realização de cursos de formação para as diferentes áreas de intervenção:

“...o hospital tem um plano de formação e anualmente é enviado para o serviço a formação que irá decorrer durante esse ano.” (E1).

“O hospital todos os anos elabora um plano de formação que envia normalmente semestralmente para os serviços, e aí, eles podem optar pelos cursos que se sentem mais atraídos.” (E2).

“...para cada área de grupo profissional também há formação.”

“O Centro de Formação programa essa formação.” (E6).

“No hospital existe um plano de formação anual” (E9).

Dois dos entrevistados salientam a existência de uma enfermeira responsável pela formação nos serviços:

“Temos uma enfermeira responsável pela formação...” (E5).

“...existe nos serviços uma enfermeira que é responsável pela formação em serviço. (E9).

A introdução do sistema SAPE na prática de enfermagem possibilita a realização de investigação. A organização da informação numa base de dados, associada ao registo das actividades de enfermagem, possibilita a sua utilização posteriormente para fins de investigação. A partir dos registos das actividades de enfermagem é possível obter inúmeros dados que podem ser usados quer para estudos quantitativos quer para estudos qualitativos. O acesso rápido à informação facilita este processo comparativamente ao sistema anterior (registos em suporte de papel).

Através do discurso de um dos entrevistados pode-se constatar a **“Influência do SIE: SAPE [CIPE] no campo da investigação”**:

“Se quisermos pesquisar quantas infecções tivemos no serviço, a média dos dias de internamento, o sistema mostra-me todos esses dados e permitindo-nos cruzar toda esta informação.”
(E2).

Mas, paradoxalmente, 56% dos entrevistados dizem que investigação não se faz, sobretudo no campo das práticas, e que a única investigação realizada é no âmbito académico, isto é, no âmbito de pós-graduações, mestrados, cursos de especialização e curso de complemento em enfermagem.

No item **“Investigação”** as respostas encontradas foram nessa direcção:

*“Se formos para o campo da investigação então ainda é pior.”,
“Não são feitas investigações.”, “Trabalhos de investigação são feitos apenas por alguns enfermeiros que estão a fazer outras pós-graduações, ou o complemento de formação em enfermagem.”* (E1).

“Trabalhos de investigação não se fazem.” (E2).

“Investigação, neste momento não se faz.”, “Apenas os enfermeiros que vão fazer o complemento de enfermagem ou estão a fazer mestrados é que fazem trabalhos de investigação.”
(E5).

“Nenhum trabalho de investigação foi realizado.”. “Os trabalhos feitos são no âmbito académico...”, “Estamos envolvidos em alguns trabalhos de investigação em colaboração com outros enfermeiros mas que não pertencem ao hospital.”
(E9).

Porém, um dos entrevistados frisou que no seu serviço *“Têm feito muita investigação.”*, *“...têm participado em muitas investigações...”* (E6).

Os demais entrevistados expressam as **“Razões da não realização de trabalhos de investigação”**. Para um dos entrevistados as razões prendem-se com a falta de interesse e de motivação por parte dos enfermeiros mais “novos”:

“Há falta de iniciativa por parte dos mais jovens para fazer investigação.”, *“Falta-lhes a motivação o interesse, a energia, sei lá...”* (E2).

Segundo o ponto de vista de um outro entrevistado, será necessário regressar à história da enfermagem. Aí encontram-se as razões desse atraso comparativamente com as outras ciências. Dos discursos sobressai o seguinte:

“Temos que contextualizar as coisas...”, “...enfermagem é uma ciência emergente tem 30 anos de história.”, *“...não estão habituados a pesquisar, a investigar.”*, *“...tem a ver com o estágio de desenvolvimento da enfermagem.”*, *“Todas as profissões têm um percurso evolutivo.”* (E8).

O entrevistado enfatiza a importância da contextualização dos acontecimentos para a compreensão dos fenómenos. A este propósito acrescenta:

“...preciso verificar no campo da investigação qual é a prática habitual dos enfermeiros?”, *“...que investigação se fazia?”*, *“Não é muito habitual veres os enfermeiros na prática a*

investigarem sobre a nossa prática, sobre as condições de trabalho...” (E8).

Reconhece a necessidade de maiores investimentos na área da investigação em enfermagem. Assevera que é preciso “...*elaborar mais trabalhos de investigação na área da enfermagem...*”, porque “...*o conhecimento é a premissa para que uma ciência cresça e se desenvolva.*” (E8).

Os enfermeiros têm que ser educados simultaneamente na arte de investigar e nos fundamentos da enfermagem, já que a investigação científica continua a ser a premissa para atingir a autonomia.

Os entrevistados reconhecem a necessidade e a importância da formação contínua e da actualização, destacando os efeitos práticos da formação contínua. Contudo, atribuem à acção individual o maior ou menor pendor para o desenvolvimento da valorização pessoal e/ou profissional.

Quanto à valorização profissional os entrevistados consideram que a **“Influência das características individuais no campo da valorização profissional”** é determinante no empenhamento de cada um, conforme expresso nas suas palavras:

“Não é por falta de capacidade porque acho que até têm muita. Acho que tem a ver com as características de cada um, de gostar de estudar, pesquisar, de questionar, de saber, não sei...”, “...o gosto e o interesse pela investigação, pelo estudo, depende de cada um.” (E2).

“Tem a ver com cada um.”, “Há enfermeiros a fazer mestrados, doutoramentos, a elaborar artigos...”, “...existem outros que não investem, que não estudam, que não pesquisam...”, “...não tem a ver com o sistema, tem a ver é com a pessoa.” (E5).

“...acho que depende um bocado de cada um e da vontade que as pessoas têm de fazer coisas.” (E9).

A “**actualização**” é sentida com uma necessidade na aquisição de novos saberes, na reciclagem de saberes anteriores, visando novas perspectivas de análise e interpretação dos fenómenos de modo a permitir a transformação das práticas, das rotinas e a renovação dos conceitos.

Nos seus discursos os enfermeiros falam da necessidade de se manter actualizados, de continuarem a pesquisar e a estudar, justificando o porquê dessa aprendizagem contínua. No que concerne ao item “**actualização**” evidenciam:

“...enfermeiro precisa sempre de manter-se informado, estudar pesquisar se quiser desenvolver um bom trabalho.” (E5).

Uma das consequências da introdução do sistema SAPE [CIPE], com base no modelo processo de enfermagem, foi a necessidade de estudar e pesquisar, porque a realização da actividade diagnostica exige conhecimentos. No cumprimento dessa actividade o enfermeiro determina a pertinência da informação de acordo com os saberes que possui, usando esses saberes para analisar, interpretar e decidir, a partir das fontes disponíveis, quais as hipóteses a considerar face aos problemas identificados.

Só assim os enfermeiros poderão diagnosticar e intervir com segurança na resolução dos problemas levantados, conforme corroborado pelos entrevistados:

“...enfermeiro precisa sempre de manter-se informado, estudar pesquisar se quiser desenvolver um bom trabalho.”, “A fase de construção do manual exigiu dos enfermeiros muita discussão, muito estudo, muita pesquisa para a construção dos diagnósticos de enfermagem e das intervenções de enfermagem.” (E5).

“...na construção dos diagnósticos precisamos de pesquisar de aceder a artigos científicos, que podem ser consultados ou

adquiridos via Internet, mantendo-nos deste modo, actualizados e informados.” (E8).

Para este último entrevistado, a actualização é igual a estudo, investimento pessoal: *“Mantermo-nos actualizados. Isso significa ir para casa e estudar.”*, *“...continuar a nos actualizar...” (E8).*

No seu entender, a formação contínua é imprescindível para:

“...desenvolver um trabalho de qualidade temos que apostar na formação.”, *“...é necessário continuarmos a estudar...”*, *“...pesquisar estudar...”*, *“Talvez o que nos faz falta é estudarmos mais para adquirirmos mais conhecimento para desenvolvermos as nossas acções.” (E8).*

Considera, ainda, que as **“consequências práticas da formação contínua”** são fundamentais para os enfermeiros:

- *“...actualizar os diagnósticos e propor novas intervenções...”*
- *“...sermos mais proactivos.”*
- *“...desenvolvimento profissional e pessoal.” (E8).*

3.7.7. Categoria Impactos do SAPE [CIPE] na Organização

A categoria Impactos do SAPE [CIPE] na Organização resultou de 3 subcategorias: subcategoria gestão organizacional, subcategoria comunicação organizacional e subcategoria política de mobilidade, como evidenciado na Tabela 36.

Tabela 36 – Síntese da categoria Impactos do SIE: SAPE [CIPE] na Organização

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Gestão organizacional	Tipo de gestão praticada ao nível das chefias intermédias	6
	Co-participação dos agentes organizacionais nas questões organizacionais	16
Total		22
Comunicação organizacional	Canais de comunicação	6
	Fluidez comunicacional	
	Comunicação com o vértice estratégico	4
Total		10
Política de mobilidade	Parecer sobre a política de mobilidade	3
	Razões da concordância com a política de mobilidade	2
Total		5

3.7.7.1. Subcategoria Gestão organizacional

A subcategoria Gestão organizacional agrupa 2 indicadores, com 22 unidades de enumeração. Ver Tabela 36.

Para 44,4% dos entrevistados a **“gestão praticada nos serviços ao nível das chefias intermédias”** é uma gestão aberta, participativa:

“...gestão mais aberta, participativa...” (E1; E5).

“...sou democrática. Faço uma gestão participativa.”, “Defendo uma gestão aberta.” (E2; E9).

56%, dos entrevistados salientam que desenvolvem uma **“gestão baseada na cooperação e na participação”**:

“...há envolvimento das pessoas nas questões do serviço.”,

“Faço reuniões frequentes para auscultar a opinião dos

enfermeiros, dos auxiliares sobre questões do serviço.”, “Tento dar-lhes espaço para participarem...” (E1).

“Procuro envolver os enfermeiros nas questões do serviço.”, “Normalmente questiona-se a equipa, pede-se a colaboração dos enfermeiros na resolução de alguns problemas relacionados com o serviço, com os cuidados...” (E2).

“...procuro envolver os enfermeiros na organização do serviço, na resolução de alguns dos problemas relacionados com o serviço.” (E6).

“...peço sempre a opinião dos meus enfermeiros e discuto com eles.”, “Todas as situações que tenho que resolver, resolvo com a participação dos enfermeiros do serviço.” (E9).

3.7.7.2. Subcategoria Comunicação organizacional

A subcategoria Comunicação organizacional reúne 2 indicadores, com 10 unidades de enumeração. Ver Tabela 36.

No que concerne ao item **“Canais de comunicação – fluidez comunicacional”**, 33,3% dos entrevistados afirmam que o tipo de comunicação predominante é a comunicação informal, não existindo dificuldades na divulgação e na acessibilidade à informação. A comunicação entre o topo estratégico e o centro operacional, assim como entre estes e as chefias intermédias (enfermeiros chefes), processa-se sem dificuldade, havendo um sistema de comunicação aberto, acessível e do tipo informal:

“A comunicação entre o topo e o centro operacional faz-se sem dificuldade é mais do tipo informal.” (E1).

“Existe uma boa comunicação entre a minha pessoa e os meus enfermeiros.”, “Informo-os dos resultados das reuniões com a

Direcção de Enfermagem, das formações que se irão realizar, dos eventos, etc. estão bem informados.” (E2).

“A comunicação faz-se sem dificuldades, entre nós chefes e os enfermeiros prestadores e entre nós e a Direcção de Enfermagem.” (E5).

Para um dos entrevistados a **“Comunicação com o Vértice Estratégico”** é uma comunicação aberta, baseada no diálogo, na informação:

“...comunicamos muito facilmente”, “...a comunicação do topo para a base é acessível.”, “Somos sempre informados de qualquer mudança que venha a ser implementada.”, “A comunicação ascendente e descendente são fluidas, faz-se sem qualquer problema.” (E9).

Na opinião de uma parte importante dos entrevistados verifica-se a existência dos fundamentos da gestão moderna no que respeita à comunicação organizacional. Efectivamente, registam-se observações favoráveis à existência de uma comunicação aberta, baseada na informação e no esclarecimento. Os registos indiciam a intervenção de diversos agentes no processo, favorecendo-se a informação clara e objectiva, com intenção de esclarecer, de definir e de aclarar dúvidas e interrogações.

A necessidade que os agentes organizacionais sentem relativamente ao conhecimento dos objectivos e finalidades da instituição, assim como a importância das instituições conhecerem as expectativas, ambições e necessidades organizacionais desses agentes, parecem estar presentes na opinião de uma parte significativa dos entrevistados.

Isto é importante sublinhar porque a abertura ao diálogo e à discussão deve acompanhar toda a vida organizacional, no sentido de que o entendimento entre as diversas partes seja possível.

3.7.7.3. Subcategoria Política de mobilidade

A subcategoria Política de mobilidade congrega 2 indicadores, com 5 unidades de enumeração. Ver Tabela 36.

Dos 9 entrevistados, apenas 1 ajuizou sobre a política de mobilidade. Relativamente ao item **“Parecer sobre a política de mobilidade”**, o entrevistado E6, declara que:

“...concordo que haja uma política de mobilidade...”, “Sou da opinião que os hospitais deveriam ter uma política de mobilização dos seus elementos.”, “...estamos ao serviço da instituição e acho que as pessoas devem ir para onde fazem falta para onde são necessárias.” (E6).

As **“Razões da concordância com a política de mobilidade”** são múltiplas: *“...há serviços em que os enfermeiros estão com uma sobrecarga de trabalho e outros onde os enfermeiros às 10 da manhã já estão a ler o jornal...”, “...questão de aprendizagem, acho que é bom.” (E6).*

Uma das consequências da política de mobilidade é a adequação dos efectivos de enfermagem de acordo com as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. A intenção subjacente é garantir a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, segundo o entrevistado, poderá oferecer oportunidades de aprendizagem. O contacto com novas experiências, com diferentes maneiras de trabalhar, poderá contribuir para aprimorar as práticas e aumentar os conhecimentos. O contacto com outras realidades, o fazer aprendendo em novos contextos, favorece a promoção de uma cultura voltada para o conhecimento.

Deve-se realçar que os sistemas de informação, ao possibilitar ao enfermeiro gestor informação sobre a organização do trabalho, sobre as práticas desenvolvidas nos

serviços, sobre o tipo de doentes e o tipo de necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem, em tempo útil, possibilitam a gestão dos efectivos de enfermagem de acordo com as realidades vividas nos diferentes contextos, prevenindo, assim, assimetrias e sobrecarga de trabalho e facilitando a introdução de estratégias de gestão de recursos humanos de enfermagem a curto, médio e longo prazo.

Neste sentido, os programas informáticos de apoio à gestão podem ser uma mais valia na gestão dos efectivos de enfermagem. Porém, a política de mobilidade só é ajuizada positivamente por um dos entrevistados e geralmente não é bem vista pelos enfermeiros, que não a consideram vantajosa para a coesão e o trabalho em equipa.

3.7.8. Categoria Impactos do SAPE [CIPE] no Campo da Autonomia / Responsabilidade Profissional

A categoria Impactos do SAPE [CIPE] no Campo da Autonomia / Responsabilidade Profissional emergiu da subcategoria Autonomia / Responsabilidade Profissional, como demonstrado na Tabela 37.

Tabela 37 – Síntese da Categoria Autonomia/Responsabilidade Profissional

Subcategoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Autonomia/Responsabilidade Profissional	Influência do SIE: SAPE [CIPE] no desenvolvimento da autonomia /responsabilidade profissional	14
	Autonomia/responsabilidade profissional	5
	Influência da cultura biomédica nas instituições de saúde	4
	Influência da cultura institucional	4
	Influência dos registos de enfermagem na autonomia/responsabilidade profissional	2
	Influência do Método Individual de Trabalho na autonomia/responsabilidade profissional	4
	Intervenções autónomas de enfermagem	7
	Papel do enfermeiro no desenvolvimento da autonomia/responsabilidade profissional	3
	Papel do sistema no campo da autonomia/responsabilidade profissional	4
	Fuga à responsabilidade	10
Total		57

A subcategoria Autonomia / responsabilidade profissional congrega 10 indicadores, com 57 unidades de enumeração.

44,4%, dos entrevistados considera que o “**sistema SAPE [CIPE] influencia o desenvolvimento da autonomia / responsabilidade profissional**”.

A autonomia pode ser definida como a liberdade para actuar dentro dos limites da competência de cada um. Os planos de cuidados *standardizados*, os manuais, as normas de actuação e os protocolos são importantes porque ajudam os enfermeiros a exercerem a sua responsabilidade dentro de determinados marcos de actuação.

O sistema SAPE [CIPE], com base no modelo processo de enfermagem possibilita um exercício autónomo. O processo de enfermagem, ao abarcar os diagnósticos de enfermagem e as prescrições de enfermagem, promove a autoridade, responsabilidade e autonomia do enfermeiro. Os enfermeiros têm autonomia para identificarem os problemas e tomar decisões. O registo das actividades de enfermagem, contribui para o enfermeiro definir o seu campo de acção. Através do registo das actividades de enfermagem são evidenciadas as funções do enfermeiro e, por conseguinte, definida a sua responsabilidade/autonomia profissional.

Dentro desta perspectiva os entrevistados sublinham:

“A adopção do sistema na prática de enfermagem associada à elaboração dos diagnósticos e das prescrições das intervenções de enfermagem, levou os enfermeiros a responsabilizarem-se pelos seus actos...”, “...o sistema promove mais esse sentido de responsabilidade.” (E1).

“Permite que sejamos responsáveis pelos nossos actos o que é muito bom.”, “Com este sistema o enfermeiro assume a responsabilidade do seu trabalho, porque, tem que assinar, rubricar as intervenções que fez. É sem dúvida uma mais valia deste sistema.” (E2).

“A adopção do sistema revelou-se um bom instrumento para o enfermeiro assumir responsabilidades.”, “...fica tudo registado, hora, procedimento, o enfermeiro que realizou a intervenção.”, “...significa que o enfermeiro assume a responsabilidade pelos cuidados que realiza.”, “...ao ficar registado as acções realizadas e fundamentadas as razões da não concretização das mesmas, o sistema proporciona o assumir de responsabilidade do enfermeiro pelo trabalho realizado. (E8).

“O facto de os enfermeiros agora trabalharem com os diagnósticos de enfermagem passaram a evidenciar a sua área de responsabilidade e reclamar as áreas de intervenção de que

são responsáveis.”, “Acho que realmente que este novo sistema de informação e documentação teremos oportunidade de mostrarmos o nosso trabalho, a nossa área de intervenção. De revelarmos a nossa autonomia. “ (E9).

O **“registo das actividades de enfermagem”** no dia-a-dia de trabalho é considerado por dois dos entrevistados o princípio básico da autonomia / responsabilidade profissional, como comprovado nos seus discursos:

“Os registos proporcionam o desenvolvimento de um trabalho mais responsável.” (E5).

“Ao ficar registado no sistema todas as actividades realizadas, assim como, a identificação, do enfermeiro executor, leva a que seja responsável pelos actos que pratica. (E6).

Na óptica do E5, o *“...enfermeiro tem que ser cada vez mais responsável pelos seus actos, tem que decidir, o que faz com que tenha que pensar, raciocinar, para poder optar.”*. Afirma que *“...hoje os enfermeiros decidem mais...”*, *“Hoje os enfermeiros decidem e assumem responsabilidades.”*

Corroborando E5, E6 subscreve *“...são responsáveis por aquilo que fazem.”*

Segundo os depoimentos dos entrevistados, os enfermeiros desenvolvem mais **“acções autónomas de enfermagem”**. A implementação do sistema SAPE [CIPE] na prática de enfermagem, direccionado para as actividades de enfermagem, tem efectivamente contribuído para que os enfermeiros estejam mais voltados para as intervenções de enfermagem, preocupando-se com as questões da disciplina, nomeadamente, para as necessidades dos doentes. Valorizam o conforto, a higiene, a alimentação, necessidades de ensino / orientação, entre outras, consideradas áreas de influência de enfermagem:

“Neste serviço os enfermeiros desenvolvem muito a área autónoma de enfermagem.”, “...as entubações nasogástricas, a alimentação do doente são acções autónomas de enfermagem., “São autónomos.” (E2).

“Neste serviço são muitos os cuidados de enfermagem que dependem exclusivamente da decisão do enfermeiro...”, “...a alimentação, as entubações nasogástricas, os levantes dos doentes, a higiene...” (E5).

“...neste serviço em concreto, na Medicina 1, do H.P.A, eu acho que sim, temos autonomia.” (E9).

Todavia, prevalece a opinião de que a **“cultura biomédica influencia o agir dos enfermeiros”**.

Para 1/3 da amostra o sistema não tem grande peso no desenvolvimento de um exercício profissional autónomo. Um dos entrevistados assevera:

“Não sei se o facto de utilizarmos o sistema nos leva a desenvolver mais as acções de enfermagem autónomas...” (E1).

Na sua opinião, o peso da cultura médica nas instituições de saúde é marcante e determina em parte a actuação do enfermeiro. Os entrevistados crêem que a autonomia varia segundo o serviço ou instituição de saúde onde o profissional de enfermagem exerce a sua prática, tal como sublinha o entrevistado E1:

“...isso depende dos serviços e da cultura institucional instituída.”, “Para determinados serviços o entubar o doente, o algaliar o doente, está dependente da prescrição médica, em outros serviços são actos de enfermagem.” (E1).

No discurso do E2 está muito presente a domínio da cultura médica na instituição de saúde e na sociedade:

“...o doente e a família aceitam mais facilmente os argumentos do médico do que os do enfermeiro.” (E2).

Para o E9, a cultura dos serviços decide a maior ou menor autonomia do enfermeiro. Salaria que as intervenções autónomas de enfermagem estão dependentes da cultura vivida nos serviços, isto é, depende da equipa médica, do que é definido pela equipa médica. São estes que balizam o campo de acção do enfermeiro:

“...penso que isso está relacionado com a cultura de cada serviço., “Se calhar em outros serviços neste hospital ou em outros hospitais não têm este tipo de autonomia, de responsabilização e poder de prescrever intervenções de enfermagem estão condicionados às prescrições médicas.”, “Fico perplexa quando ouço alguns enfermeiros dizerem que no seu serviço entubar um doente é uma prescrição médica. “, “...os serviços são diferentes...” (E9).

Para dois dos entrevistados a organização dos cuidados baseada no **“Método Individual de Trabalho influencia o exercício profissional autónomo.”**

No sistema anterior, trabalhar à tarefa significava que a responsabilidade do enfermeiro pelos actos que praticava ficasse mais diluída. Porém, a partir do momento em que os cuidados passaram a ser organizados segundo o método de cuidados individuais ou método de enfermeiro de referência, associado à aplicação do processo de enfermagem, os enfermeiros passaram a exercer uma prática autónoma e responsável:

“O trabalho à tarefa já há muito que deixou de existir, essa forma de trabalhar é que fomentava que o enfermeiro apenas executasse as prescrições dos outros técnicos e não pensasse não decidisse e assumisse responsabilidade.”, O método de trabalho individual e a aplicação do processo de enfermagem vieram alterar essa situação. (E5).

“...quando trabalhávamos à tarefa essa responsabilidade ficava mais diluída...”, “...o método individual de trabalho ou de enfermeiro responsável, incute maiores níveis de responsabilidade.” (E8).

Para que a autonomia / responsabilidade profissional aconteça, é essencial que os profissionais de enfermagem desenvolvam uma prática baseada na evidência, desenvolvam conhecimento científico, competências técnicas, capacidade de inquirição, espírito de iniciativa, estudem, investiguem. É todo um trabalho individual e colectivo, tal como sublinha o E2:

“Acho que compete a nós enfermeiros mostrarmos as nossas competências, os nossos conhecimentos...”

“...autonomia depende também de nós, dos conhecimentos que revelamos ter. “; “Da responsabilidade que mostramos ao assumirmos as nossas decisões e intervenções.” (E9).

No que concerne ao item **“Papel do sistema no campo da autonomia / responsabilidade profissional”**, a autonomia / responsabilidade profissional não depende de sistemas informáticos como refere um dos entrevistados. Os sistemas informáticos são somente instrumentos auxiliares do trabalho do enfermeiro. A este respeito menciona:

“...não é o sistema que faz que o enfermeiro seja mais responsável ou não.”, “É somente um instrumento auxiliar de trabalho. Mais nada.”, “...o sistema proporciona é uma maior evidência do trabalho feito pelo enfermeiro...” (E8).

44,4%, dos entrevistados consideram que os enfermeiros devem libertar-se do peso histórico que os remeteu para o jugo da medicina e mostrarem as suas capacidades e competências, em vez de se conformarem em ser criaturas dóceis, caridosas e submissas.

Ser autónomo / responsável pressupõe ter conhecimento e competência técnica. Segundo a Associação Americana de Enfermagem ser autónomo / responsável consiste em responder a alguém por algo que tenha feito.

O conceito “*Accountability*”, termo derivado do inglês, do verbo “*to account*”, que significa “dar conta”, pode ser definido como ser responsável por uma área concreta do exercício profissional – “dar conta de”. Os enfermeiros, ao limitarem as suas áreas de actuação, devem também estabelecer as responsabilidades pelas quais poderão “prestar contas”.

Na realidade, dificilmente se poderia aplicar este termo no passado quando a enfermagem apenas desenvolvia funções delegadas pelo médico. Porém, a enfermagem pode actualmente “prestar contas” das suas funções autónomas. Contudo, ainda são observados comportamentos de “fuga” à responsabilidade, como se pode constatar através dos discursos dos entrevistados:

“...se continuamos a dizer o Sr. Doutor é que sabe, o Sr. Doutor disse, o Sr. Doutor mandou, não sei quantos mais... não vamos conseguir atingir essa autonomia porque continuamos a delegar as responsabilidades no médico.” (E1).

Na óptica do entrevistado, os profissionais de enfermagem têm que “...*assumir responsabilidades se queremos ser autónomos.*” (E1).

É assumindo responsabilidades pelo fazer a partir da análise crítica, dos saberes, que o enfermeiro poderá reclamar a sua autonomia. Na perspectiva do E2: “*Em relação a este aspecto, ainda temos que fazer uma caminhada. Temos tendência em não querer assumir as nossas responsabilidades.* Ilustra a situação com o seguinte exemplo:

“...apesar de ser o enfermeiro que passa mais tempo com o doente, quando é questionado pela família ou mesmo pelo próprio doente sobre a sua situação clínica, em vez de informar sobre os aspectos relacionados com a nossa área de enfermagem e remeter para o médico o que é da sua responsabilidade, muitas das vezes não o faz delegando no médico essa função ou então, fá-lo mas centrando a sua resposta nas informações clínicas.”

Partilhando da mesma opinião, o E2 subscreve:

“Os enfermeiros passam também o tempo todo a afirmar o medico é que sabe, o médico é que faz... em vez de assumirem a responsabilidade do que diz respeito aos cuidados de enfermagem...”, “...de explicarem aos doentes as coisas que dizem respeito à sua área de actuação ou mesmo à família quando quer saber informações sobre o seu familiar doente.”

Na sua opinião “*Os enfermeiros não têm autonomia porque não querem assumir responsabilidades.*” Isso significa que “*Se não assumirmos responsabilidades não podemos ser autónomos.*”

Também o E9 concorda que *“Devíamos assumir mais aquilo que fazemos em vez de passarmos a responsabilidade para o médico...”*, em vez de *“...fugirmos às nossas responsabilidades.”*

3.7.9. Categoria Vantagens da adopção do SIE: SAPE [CIPE] na prática de enfermagem

A categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem, agrupa 8 indicadores, com 98 unidades de enumeração. Ver Tabela 38.

Tabela 38 – Síntese da categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	Campo da informação	4
	Prestação de cuidados	34
	Plano de cuidados Vertical	3
	Registos de enfermagem	39
	Linguagem CIPE	6
	Visibilidade do trabalho do enfermeiro	1
	Actualização/formação contínua	5
	Autonomia/responsabilidade profissional	6
Total		98

São múltiplas as vantagens apontadas pelos entrevistados no campo da prática de enfermagem. No entanto, para mais de 2/3 da amostra (67%), as mais relevantes são as relativas à prestação de cuidados e aos registos de enfermagem, seguidas das vantagens respeitantes ao campo da informação e à utilização da linguagem CIPE (22,2%, da população do estudo). As restantes obtiveram uma percentagem mais baixa, 11,1%, nomeadamente: Plano de cuidados vertical, Visibilidade do trabalho de enfermagem, Actualização/Formação contínua e Autonomia/Responsabilidade profissional.

A adopção e implementação do sistema SAPE [CIPE] na prática de enfermagem, é percebido pelos enfermeiros utilizadores como uma ferramenta de auxílio do trabalho de enfermagem crucial, que proporciona um cuidar organizado, sistematizado e baseado numa metodologia científica.

Os seus discursos evidenciam os efeitos positivos da adopção deste instrumento no dia-a-dia laboral. Segundo os entrevistados, a adopção do sistema SAPE [CIPE] registou inúmeras **vantagens no campo da prestação de cuidados**, afectando a enfermagem nas seguintes vertentes:

O sistema tem na base o modelo: processo de enfermagem – metodologia de trabalho científica:

“...ter na base o processo de enfermagem possibilita-nos um cuidar sequenciado, mais organizado.” (E1).

...trabalho organizado, planeado científico...”, “...baseado numa metodologia de trabalho científica”, “...alicerçado no processo de enfermagem.” (E5).

“...trabalho baseado num processo científico – Aplicação do Processo de enfermagem.” (E8).

O sistema tem na base o modelo: processo de enfermagem – construção do plano de cuidados:

“...todos os doentes passaram a ter um plano de cuidados.” (E1).

O sistema tem na base o modelo: processo de enfermagem – construção dos diagnósticos e prescrições de enfermagem:

“Os problemas do doente passaram a estar identificados e as intervenções de enfermagem prescritas...” (E1).

Coexistir com diferentes modelos:

“...ser compatível com qualquer modelo mas não está dependente de nenhum...” (E8).

Tempo livre/disponibilidade para o doente/família:

“...mais disponíveis para os doentes e famílias.”, “...concedem-nos mais tempo livre.” (E1).

“...concede mais tempo ao enfermeiro para estar com o doente.”, “Mais tempo para o doente.” (E2).

“...fica com mais tempo para o doente...” (E5).

“...libertam mais o enfermeiro.”, “...ajuda-nos a ganhar tempo, para estarmos mais próximos do doente.”, “Ganha-se tempo para realizarmos outras actividades como estar mais tempo na prestação de cuidados, junto do doente e da família”....” (E6).

“...mais tempo para o doente.” (E8).

“...ajuda-nos a ganhar tempo, para estarmos mais próximos do doente.”, “...liberta-nos sem dúvida para estarmos mais tempo com o doente e para realizarmos outras actividades.” (E9).

Redução do tempo a registar:

“Reduzimos sem dúvida o tempo gasto a documentar.” (E1).

“...mais liberto para outras actividades do que se tivesse ocupado a registar tudo manualmente.” (E2).

Melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente:

“...os ganhos são fundamentalmente na área da prestação Ou seja permite oferecer cuidados de qualidade.”, “Melhora os cuidados ao doente.” (E2).

Cuidados focalizados na área específica de enfermagem:

“Os cuidados são mais voltados para o domínio da enfermagem e afasta-se mais do modelo médico.” (E2).

Continuidade dos cuidados:

“...vantagens da adopção deste sistema na prática de enfermagem é a continuidade dos cuidados.” (E6).

Reflexão sobre as práticas:

“...uma das coisas que eu considero fundamental é que permitiu reflectir sobre aquilo que fazíamos e que estamos a fazer.” (E6).

Redução dos erros terapêuticos:

“...prescrições médicas on-line...uma grande mais valia em termos de segurança relativamente à diminuição de erros terapêutico.” (E6).

Evitar esquecimentos:

“...evitar que o enfermeiro esqueça de realizar uma determinada acção que tenha sido prescrita.” (E9).

Melhoria da qualidade das comunicações:

“...permite que o enfermeiro transmita aos colegas as informações relevantes sobre o doente.” (E6).

Uso para fins estatísticos:

“...comparar dados entre instituições...” (E8).

Linguagem padronizada:

“...podes ter o mesmo modelo conceptual ou diferentes modelos conceptuais mas a linguagem que tu utilizas na prática é que é a mesma.” (E8).

São várias as **vantagens** percebidas no campo dos registos de **enfermagem**. Entre outras, os entrevistados apontam, no que respeita ao campo da documentação, as seguintes percepções mais citadas:

Documentação das actividades de enfermagem:

“O registo das actividades é de facto uma das grandes capacidades deste sistema.” (E1).

Garante a continuidade dos cuidados:

“A continuidade dos cuidados...” (E1; E2; E5; E8).

Organização do trabalho:

“...a organização dos cuidados” (E1).

Visibilidade do trabalho de enfermagem:

“...avaliar os custos em saúde com os cuidados de enfermagem.” (E1; E8).

“Ao conselho de administração conhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros...”, “...permitir a todos os agentes de saúde e não só, conhecer o trabalho que os enfermeiros fazem e qual a

sua importância para a saúde da comunidade, das pessoas, da sociedade em geral.” (E1).

“Maior visibilidade do nosso trabalho.” (E2).

Fins estatísticos:

“...produzir indicadores que são fundamentais para os trabalhos de investigação.” (E1).

“...fins de pesquisa.” (E2; E6; E8).

“...conduz-me à investigação no âmbito dos cuidados de enfermagem.” (E9).

Acessibilidade da informação:

“...as actividades de enfermagem estarem registados oferecendo-nos a possibilidade de facilmente as visualizarmos.”, “...acedo ao plano de cuidados do doente e vejo os cuidados que estão a ser prestados.” (E1).

“...acesso a dados de uma forma muito mais rápida ... do que no papel...”, “...registos sistematizados, de fácil acesso...” (E9).

Avaliação do trabalho:

“...avaliar o trabalho realizado.” (E1; E5; E8).

“...importantes para a avaliação do trabalho realizado.”,

“...conhecer quais os resultados do seu trabalho.”,

“...avaliação dos custos de saúde em cuidados de enfermagem.”

(E2).

“...permite-nos avaliar o nosso trabalho no dia a dia...” (E9).

Reflexão sobre as práticas:

*“...leva a que se reflecta sobre as nossas práticas.”,
“...possibilidade de pensarmos, de reflectirmos sobre o que
estamos a fazer.”, “Reflectirmos sobre o que está bem, o que
tem que ser limado ou mesmo mudado.” (E1).*

Evita a omissão de informação:

“Está tudo parametrizado, não se perde informação.” (E1).

Redução do tempo a registar:

“...o tempo diminuiu do papel para o computador...” (E9).

Características dos registos:

“...maior legibilidade.” (E9).

Quanto ao item **“Campo da informação”**, os efeitos descritos pelos sujeitos da amostra foram os seguintes:

Organização e ordenamento dos dados:

“...a organização e sistematização da informação.” (E1).

Criação de um banco de dados:

*“A criação de um banco de dados foi muito útil e uma mais valia
deste sistema.” (E1).*

Acessibilidade:

“...rapidez com que acedemos aos dados é outro ganho.” (E1).

“...dados sempre disponíveis em qualquer hora e em qualquer momento.” (E8).

Outra das vantagens indicadas pelos entrevistados foi o facto de passarem a dispor de uma **“linguagem padronizada”**. A padronização da linguagem contribuiria para o uso de uma terminologia comum:

“...uniformização da linguagem...” (E8).

O uso da linguagem padronizada favorece o desenvolvimento da investigação e permite a comparação de dados entre contextos de trabalho diferentes:

“...linguagem comum é uma mais valia para a realização de investigação.”, “...usarmos uma linguagem comum, a linguagem CIPE facilita-nos a obtenção de dados e compará-los...” (E9).

O **“Plano de cuidados de disposição vertical”**, é considerado uma consequência positiva deste sistema, como expresso nas palavras de um dos entrevistados:

“...o plano de cuidados de disposição vertical permite-nos visualizar rapidamente todos os diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados prestados ao doente.”, “...neste novo modelo de plano de cuidados facilmente detectamos prescrições de intervenções de enfermagem antagónicas, porque estamos a ver ao mesmo tempo todos os diagnósticos de enfermagem seleccionados para o doente.” (E1).

Os planos de posição vertical facilitam a construção dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, dado que facultam uma visão global dos problemas do doente e, deste modo, evitam a prescrição de intervenções antagónicas. Assim, rapidamente o enfermeiro faz a leitura de todos os problemas do doente, o que não é possível no plano de cuidados de disposição horizontal.

A “**Visibilidade do trabalho de enfermagem**” é considerada pela maioria dos autores que abordam esta temática uma das mais valias deste sistema. O registo das actividades de enfermagem possibilita mostrar aos outros agentes da saúde, aos políticos, aos governantes e ao público em geral o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Esta afirmação é corroborada por um dos entrevistados do estudo:

“O sistema ao registar as actividades de enfermagem evidencia o trabalho que o enfermeiro faz e a importância desse trabalho para a organização, para os doentes e mesmo para as políticas de saúde.” (E5).

Quanto ao item “**actualização/formação contínua**” o enfermeiro necessita de estar actualizado para poder formular os diagnósticos. Necessita de conhecer a doença, o tratamento e o prognóstico. Tem que possuir conhecimentos que lhe permitam analisar e interpretar os dados sobre o doente a fim de poder identificar os factores de risco. É necessário manter-se actualizado, tal como salienta o E1:

“...para podermos definir os rótulos diagnósticos, temos que ter conhecimentos das várias disciplinas, caso contrário não podemos afirmar que perante os sintomas que o doente apresenta que o diagnóstico que o define é este ou aquele.”, “Os fundamentos da enfermagem, da medicina são importantes.”, “Temos que conhecer o mecanismo da doença, a sua acção para podermos perceber o que se passa com o doente.” (E1).

A formação contínua desempenha um papel importante no desenvolvimento de um exercício profissional de qualidade. Como descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (1998:54 e 61), no artigo 76.º, alínea a), o enfermeiro deve *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos...”*, e no artigo 88.º, alínea c), quando refere que o enfermeiro deve *“Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos ...”* Há necessidade de acompanhar a evolução, o que significa aprender, pesquisar, procurar novos conhecimentos, isto é, manter-se actualizado. A especialização, as pós-graduações, os mestrados e os doutoramentos são importantes para o desenvolvimento de competências científicas e técnicas, tal como refere o E1:

“Precisamos de pesquisar, estudar, fazer formação, cursos de especialização de pós-graduação.” (E1).

O sistema SAPE [CIPE], ao ter na base o modelo processo de enfermagem, abarca os diagnósticos, as prescrições e os resultados de enfermagem. Isso contribui para a **“responsabilidade / autonomia profissional”**.

O enfermeiro passou a inferir os diagnósticos de enfermagem e a determinar as intervenções a prescrever. Ou seja, passou efectivamente a ser o responsável pelos actos que realiza. Passou a ter que responder pelos actos que pratica.

Passou, por isso, a ser responsável pela prescrição e implementação das intervenções de enfermagem, tal como refere o E1:

“...a sua utilização já obriga o enfermeiro a responsabilizar-se pelos actos de enfermagem que realiza aos doentes por quem está responsável.”, “...o termos de diagnosticar e prescrever intervenções concede-nos autonomia e responsabilidade.”, “Passamos a ter que questionar, reflectir, pensar analiticamente para podermos decidir. Isso é ser autónomo...” (E1).

3.7.10. Categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a gestão

No que respeita à categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a gestão, obteve-se 1 indicador e 5 unidades de enumeração, como demonstrado na Tabela 39.

Tabela 39 – Síntese da categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a gestão

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a gestão	Campo da gestão	5
Total		5

O sistema SAPE [CIPE] revela-se um instrumento útil para o enfermeiro gestor. A informação registada permite ao enfermeiro chefe avaliar o trabalho desenvolvido, calcular o tempo gasto nos cuidados ao doente, o tipo de doentes internados e conhecer os problemas relacionados com a prestação de cuidados, nomeadamente, presença de infecções, taxa de quedas no serviço, taxa de úlceras de pressão, etc.

Ao reduzir o tempo gasto em burocracias, em cuidados indirectos (pedidos de material, preenchimento de requisições, etc.) e por facilitar a articulação inter-serviços, nomeadamente com os serviços de aprovisionamento, farmácia, cozinha, entre outros, o sistema liberta o enfermeiro para outras actividades, como por exemplo para a gestão dos cuidados, para o doente/família e para estar mais próximo dos enfermeiros prestadores:

“No campo da gestão levou-nos a perder menos tempo com os cuidados indirectos que consomem grande parte do nosso tempo.”, “A desburocratização dos processos foi uma mais valia.”, “...arma excelente para nós enfermeiros chefes e para a Direcção de Enfermagem, no campo da avaliação dos cuidados prestados.”, “...obtenção de indicadores permite-nos aferir a qualidade dos cuidados realizados.” (E1).

“...respeito às burocracias, isto é, o tempo que se perde em cuidados indirectos vai diminuir muito.” (E6).

3.7 11. Categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a profissão

A categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a profissão reúne 5 indicadores, com 46 unidades de enumeração, conforme expresso na Tabela 40.

Tabela 40 – Síntese da categoria Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a Profissão

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Vantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a Profissão	Mudança	17
	Condições para a mudança	3
	Resistência à mudança	11
	Indiferença face ao processo de mudança	3
	SAPE [CIPE] sistema arquitectado por enfermeiros portugueses	12
Total		46

A introdução da informática nos locais de trabalho provocou mudanças no “modus operandi” e, conseqüentemente, na forma de pensar e conceber o trabalho.

A consciência da importância dos sistemas informatizados está presente nas organizações e também nas instituições de saúde. As volumosas informações com que lidam estas instituições geraram a necessidade de se encontrar mecanismos que apoiassem na organização e sistematização da informação, assim como no acesso aos dados. Além de que a evolução da medicina é consequência do desenvolvimento tecnológico.

Toda a organização está preocupada na obtenção de vantagens competitivas. A introdução da tecnologia e da cultura tecnológica contribui para o aprimoramento da ciência, dos saberes, da própria tecnologia e, por conseguinte, para desempenhos mais eficazes e eficientes com repercussões na qualidade dos serviços oferecidos ao cliente.

Actualmente, a tendência mundial é para a introdução de processos automatizados.

A necessidade de sistemas informatizados que auxiliem nos processos de trabalho foi sentida pelos profissionais de enfermagem. A criação de um *software* direccionado para as actividades de enfermagem tornou-se uma necessidade e, deste modo, foram pensados e criados vários programas de apoio às actividades de enfermagem. Primeiro foram criados *softwares* direccionados para a gestão e, a partir dos anos 90, foram concebidos programas voltados para a área da prestação de cuidados.

A mudança começa a fazer-se sentir e, como todo o processo de mudança, não é fácil mudar velhos hábitos. A resistência à mudança é praticamente inevitável porque existem sempre pessoas que querem manter os velhos padrões.

Nos discursos dos entrevistados encontram-se os dois tipos de atitude: de aceitação e de resistência à mudança.

67%, dos sujeitos da amostra revelam uma atitude de aceitação da mudança, porém, para 44,4%, dos entrevistados as pessoas têm sempre alguma resistência à mudança.

Relativamente à atitude de aceitação da mudança, os entrevistados manifestam a sua satisfação para com a implementação do sistema SAPE [CIPE] na prática de enfermagem:

*“Todo este processo de mudança está a ser positivo para a profissão porque na leva a reflectir sobre aquilo que fazemos.”,
“...mudança revela-se positivo para nós enfermeiros porque passamos a discutir sobre as nossas práticas, o que nos permite mudar o que está mal ou menos bem.” (E1).*

“Verificou-se mudanças enormes.”, “Oferece-nos a oportunidade de mudar o que está mal ou menos bem...” (E2).

“Estamos em período de mudança das nossas práticas.” (E6).

Para um dos entrevistados a mudança foi positiva porque envolveu toda a equipa de enfermagem, assumindo-se como um projecto colectivo em que todos participaram:

“...construção partiu de um trabalho colectivo...”, “...houve a participação de todos nós.” (E8).

Os entrevistados focam os aspectos da prática que foram alterados como resultado da introdução do sistema na prática de enfermagem. A documentação é referida como uma das principais mudanças na prática:

“Estamos em período de mudança das nossas práticas, pelo menos no campo dos registos.”, “...a documentar o que fazem é uma grande mudança.” (E1; E5).

“...mudou-se o sistema de documentação de suporte de papel para suporte electrónico...” (E9).

A introdução de uma linguagem padronizada foi também referida como uma mudança importante para a prática:

“A introdução da linguagem CIPE é outra mudança importante para a prática de enfermagem.” (E1).

A melhoria da comunicação entre os enfermeiros é outra das mudanças operadas:

“Permite-nos discutir sobre as nossas práticas.” (E2).

Novas formas de organização do trabalho são também apontadas como consequência da adopção do sistema na prática:

“...nós alteramos logo à partida e que entendemos que era fundamental foi a adopção do modelo de enfermeiro responsável que só é possível se tivermos implementado este sistema.” (E6).

Introdução de novas práticas:

“...começamos a introduzir novas intervenções de enfermagem na nossa prática de cuidados.”, “...estamos a desenvolver um programa de melhoria que ainda está numa fase inicial mas um dos aspectos que nós estamos a tentar melhorar é a Prevenção de Riscos dos doentes com AVC...”, “...os enfermeiros neste momento prescrevem muito...” (E9).

Para os profissionais de enfermagem a mudança é sentida como necessária, pois é preciso mudar velhas práticas e introduzir novas maneiras de ser e estar na profissão em decorrência das transformações operadas na sociedade actual no campo da tecnologia, que exige novos comportamentos. Como condição para que a mudança ocorra sublinham:

“...é necessário que os enfermeiros mudem os seus comportamentos.” (E8).

Quanto ao item “Resistência à mudança” afirmam:

“Houve alguma resistência à mudança por parte dos enfermeiros prestadores de cuidados.”, “Não foi fácil não. Na altura a CIPE foi recebida mal.”, “Era uma “chatice” terem que registar.” (E1).

“De início revela-se um “bicho-de-sete-cabeças” (E2).

“Inicialmente houve alguma resistência dos enfermeiros.”, “Por ser uma situação nova gerou algum receio...” (E5).

“...mudanças são difíceis para os enfermeiros porque toda a tua formação foi centrada na doença e agora de repente vêem-lhes dizer o que interessa são as pessoas e não a doença.” (E8).

Apesar da consciência da necessidade de mudar *“Os computadores vão estar presentes em todos os campos de intervenção na medicina na psicologia e a enfermagem não pode ficar alheia a todo este processo de mudança.” (E8).* Os entrevistados reconhecem que não é fácil lidar com a mudança, porque há um certo apego ao que está estabelecido.

As pessoas têm medo do desconhecido, o que gera desconforto e insegurança, reflectindo-se em atitudes de não aceitação da mudança. Mas, como referem os entrevistados, *“Ainda leva algum tempo a mudar.”, “...Temos que aguardar.” (E1; E2; E5; E8).*

No entanto, para um dos entrevistados, a atitude de aceitação ou de resistência à mudança depende do profissional de enfermagem. A este respeito menciona:

“...penso que nesta instituição neste serviço, assim como, noutros serviços há enfermeiros que nem estão aqui sequer, isto não lhes diz respeito, pensam que em relação a este sistema que foram alguns iluminados que trouxeram para aqui isto agora.”, “Isto não lhes diz respeito, nem estão cá.”, “Fazem porque os outros fazem.” (E6).

Há, contudo, manifestações de satisfação por parte dos entrevistados relativamente à existência de um **“sistema architectado por enfermeiros portugueses”**. Sublinham que é positivo a concepção de um instrumento direccionado para as actividades de enfermagem. É bom que os enfermeiros estejam envolvidos no desenvolvimento de sistemas informatizados, que abarquem as questões de enfermagem:

*“...instrumento de trabalho que nós construímos.”,
“Instrumento de trabalho adaptado à nossa realidade de trabalho, aos nossos doentes.”, “Aborda as nossas questões de enfermagem...” (E2; E5).*

“A maior parte destes sistemas são feitos por engenheiros encomendados pelo conselho de administração estão centrados nas doenças.”, “Criamos um instrumento adaptado à nossa realidade de trabalho.”, “O programa vem despido, completamente nu, só tem as gavetas onde se colocam as coisas, depois são os enfermeiros que as vão preencher.”, “Nós é que escolhemos os diagnósticos que constariam no sistema aplicativo...” , “...discutimos e seleccionamos intervenções...” , “...tivemos a felicidade a meu ver o IGIF ter permitido introduzir os aspectos de enfermagem...” (E8).

3.7. 12. Categoria Desvantagens da adopção do SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem

A categoria Desvantagens da adopção do SIE: SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem agrega 6 indicadores com 23 unidades de enumeração. Ver Tabela 41.

Tabela 41 – Síntese da categoria Desvantagens da adoção do SIE: SAPE [CIPE]

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Desvantagens da adoção do SAPE [CIPE] para a prática de enfermagem	Não informatização do sistema SAPE [CIPE] no serviço	5
	Consequências da não informatização do sistema SAPE [CIPE]	8
	Tempo dispendido na operacionalização do sistema informático	1
	Desconhecimento das potencialidades do sistema no campo da investigação	1
	Desconhecimento das consequências da adoção e implementação do SAPE [CIPE] na prática de enfermagem	7
	Ocupação do tempo a registar	1
Total		23

Vários factores são focados pelos entrevistados como aspectos menos positivos da introdução do sistema na prática de enfermagem.

Para 33,3%, dos sujeitos da amostra a falta de computadores, associada à não informatização dos serviços, é assinalada com um dos pontos fracos:

“Não temos ainda o sistema informatizado...”, “...estamos a aplica-lo em suporte de papel...” (E2; E5).

“A maior parte dos serviços ainda não tem um sistema informatizado.”, “A inexistência de computadores.” (E8).

Por conseguinte, as **“consequências da não informatização do sistema”** são, segundo a óptica dos entrevistados, as seguintes:

Ocupação do tempo a registar:

“...têm o dobro do trabalho a preencher todos aqueles impressos...”, “...ficam com o tempo mais ocupado...” (E2; E5).

Sobrecarga de trabalho:

“Têm mais trabalho.” (E2).

Acessibilidade:

“...é mais difícil aceder à informação.” (E5).

A dificuldade em funcionar com o sistema informático é percebida como um aspecto menos positivo. O facto de os enfermeiros, essencialmente os mais “velhos”, não saber trabalhar, ou nunca ter trabalhado, com computadores, dificulta este processo.

O facto de nunca se ter tido formação sobre informática requer mais tempo para aprender a operar com os computadores e a funcionar com o programa SAPE [CIPE], pelo que isso é olhado como um aspecto menos positivo:

“Um dos pontos negativos é o tempo que consome a operacionalização do sistema...” (E6).

O **“desconhecimento das potencialidades do sistema”**, nomeadamente na área da investigação, é também referido por este entrevistado como um ponto negativo:

“Ainda está pouco desenvolvido na área da investigação. Mas, no futuro dará os seus frutos. Neste momento ainda andamos muito ocupados em aprender funcionar com o sistema.” (E6).

Essa situação deve-se ao facto de a introdução do sistema não estar a ser feita uniformemente nas unidades hospitalares e entre os serviços, o que faz com que as fases de adaptação e evolução sejam diferentes. Existem enfermeiros mais adaptados e familiarizados com o programa, que podem, eventualmente, dedicar tempo à exploração das potencialidades do sistema, mas a maioria ainda está na fase inicial de adaptação e familiarização ao programa e à linguagem CIPE.

Essa dificuldade é transposta para outras áreas, como por exemplo para a área da documentação, isto é, “... *na mudança dos registos em papel para o sistema informático o enfermeiro demora mais tempo a registar*” (E9), sendo visionada pelo entrevistado como um aspecto negativo.

Por outro lado, o desconhecimento dos impactos do sistema no trabalho dos enfermeiros é encarado como um ponto negativo. Os computadores fazem parte do dia-a-dia dos enfermeiros, contudo, ainda não está bem definido quais são as consequências da sua aplicação na prática:

“...não conhecemos o que ganhamos na prática com a implementação deste sistema.”, “Desconhecemos por enquanto o que efectivamente mudou.”, “Desconhecemos o que de facto ganhou o doente em termos de cuidados de enfermagem com a implementação deste sistema na prática.” (E1).

“...em termos de ganhos ou impactos para a profissão ainda não sabemos.” (E8).

Para o entrevistado, a causa desse desconhecimento está associada ao facto de “*As pessoas ainda estão a “nadar” com isto...*”, ainda “*...estão ocupadas com a construção dos diagnósticos ...*” (E8).

A implementação faseada do sistema nas organizações hospitalares está na origem desse desconhecimento, porque não possibilita uma avaliação dos impactos do

sistema no âmbito das práticas a nível macro, mas somente a nível micro e contextualizada.

3.7.13. Categoria Limitações do SAPE [CIPE]

A categoria Limitações do SAPE [CIPE] anexa 2 indicadores, com 17 unidades de enumeração, como demonstrado na Tabela 42.

Tabela 42 – Síntese da categoria Limitações do SAPE [CIPE]

Categoria	Indicadores	Unidades de Enumeração
Limitações do SAPE [CIPE]	Utilização parcial do sistema	7
	Sistemas informáticos: ferramenta de trabalho	10
Total		17

A “Utilização parcial do sistema” é evocada como uma das limitações. Do ponto de vista dos entrevistados a não exploração das potencialidades do sistema limita a sua utilização, a qual está associada ao facto de o sistema ainda se encontrar na fase inicial da implementação na maioria das instituições:

“Uma das grandes limitações deste sistema é o não estar a ser explorado nas suas imensas capacidades” (E1).

“...sistema ainda não está a ser utilizado na sua potencialidade máxima.”, “...está numa fase de construção.”, “...estarem concentradas na operacionalização do sistema aplicativo não lhes permite ainda tirar partido das potencialidades do sistema nesta fase.” (E8).

Segundo o E9, a área da investigação não está devidamente desenvolvida, precisamente porque a maioria dos profissionais de enfermagem ainda estão concentrados em aprender a funcionar com o programa:

“Na área da investigação, o facto de o sistema ainda não estar a ser utilizado na sua plenitude, os dados para investigação não podem ser obtidos directamente no serviço...” (E9).

Contudo, apesar da existência de alguns aspectos menos positivos, as vantagens sobrepõem-se. Porém, na opinião dos entrevistados, é preciso lembrar que o sistema é somente uma ferramenta auxiliar do trabalho dos enfermeiros. Não é o sistema por si só que vai mudar atitudes e/ou comportamentos; não é o sistema que vai transformar um “mau” enfermeiro num “bom” enfermeiro, ou “más” práticas em excelentes práticas. O desenvolvimento de um exercício profissional eficaz e eficiente parte de cada um individualmente e do colectivo, isto é, do grupo enquanto profissionais de enfermagem.

A este respeito, os entrevistados sublinham:

“...é uma ferramenta que todos os grupos profissionais têm utilizado.”, “Tem que ser visto somente, como um instrumento que nos auxilia não que nos substitui.”. “O sistema SAPE é só um instrumento e a CIPE apenas um sistema de classificação como existem tantos outros.”, “O médico não é melhor médico porque tem o CID, pois não?”, “... tem que ser nós a mostrar o nosso trabalho, a dizer quem somos, através dos conhecimentos que demonstramos ter, das nossas competências. O sistema é apenas um meio para...” (E1).

“Vejo uma preocupação muito grande com o sistema em si, o que me assusta, dado que, o sistema é apenas um instrumento de trabalho do enfermeiro, como existem outros instrumentos.”, “É somente um instrumento.”, “Deviam estar mais preocupados com os cuidados, com os doentes, em se actualizar, estudar, enfim...”, “Sempre prestamos cuidados e, bons cuidados na minha opinião, sem termos estas “modernices”. Ainda bem que elas existem, mas não exagerem, os bons cuidados não dependem do sistema.” (E2).

CAPITULO IV
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo procurou-se analisar os impactos do Sistema Classificação de Doentes (SCD/E) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, com base na linguagem CIPE (SAPE [CIPE]), para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão.

Evidenciou-se muitos contributos ou efeitos colaterais decorrentes da implementação destes sistemas através dos discursos dos sujeitos da amostra e constatou-se que os sistemas são percebidos como instrumentos importantes de trabalho para os enfermeiros, tendo uma boa aceitação pela maioria dos enfermeiros chefes e enfermeiros prestadores de cuidados utilizadores destes sistemas.

Ao seleccionar como população do estudo profissionais a ocupar cargos diferentes, enfermeiros chefes e enfermeiros prestadores de cuidados, pretendeu-se analisar paralelamente a percepção que cada um tinha sobre os impactos dos respectivos sistemas na enfermagem.

Os enfermeiros chefes, mais ligados à gestão, poderiam oferecer uma visão mais abrangente dos sistemas, isto é, uma visão relacionada com o campo das práticas e da gestão, e os enfermeiros prestadores de cuidados, uma visão mais direccionada para as práticas.

Verificou-se, ainda, que o sistema SAPE [CIPE], apesar de implementado em várias unidades hospitalares, não está a ser implementado de forma homogénea, pelo que os enfermeiros se encontram em diferentes fases de utilização e exploração do sistema. A maioria encontra-se, ainda, na fase de aprendizagem de funcionamento do sistema e a aprender a trabalhar com a linguagem CIPE, pelo que a maioria desconhece os resultados do sistema para a enfermagem.

Por outro lado, a falta de computadores, associada à não existência de uma rede informática nas instituições de saúde, não tem facilitado este processo.

Apesar de não se ter encontrado impactos dos sistemas na área da prestação de cuidados, na área da gestão e da profissão, encontraram-se efeitos ou contributos dos

sistemas nestas áreas. Deste modo, atingiu-se em parte os objectivos propostos para o estudo, porquanto se identificaram contributos e mudanças decorrentes da implementação dos sistemas, sobretudo do sistema de informação SAPE [CIPE] na prática de enfermagem e na gestão.

No que respeita aos contributos dos sistemas para a profissão ainda não é possível, neste momento, verificar mudanças significativas devido à fase em que se encontra o projecto de implementação.

Nesta discussão apresenta-se, em primeiro lugar, os resultados obtidos no inquérito por questionário, depois a discussão sobre os resultados das perguntas abertas do inquérito por questionário e, por último, a discussão dos resultados obtidos sobre o SCD/E e sobre o SAPE [CIPE].

Relativamente a estes dois sistemas não fizemos uma discussão separada dada a similaridade das respostas obtidas nas entrevistas.

No ponto seguinte apresentam-se as considerações gerais, cruzando os resultados obtidos neste estudo com os resultados obtidos nos estudos feitos sobre o tema, descritos no capítulo da revisão da literatura. Termina-se elaborando um plano de intervenção sócio-organizacional baseado em sugestões decorrentes do estudo.

4.1. Discussão dos resultados do inquérito por questionário

A agregação de respostas totalmente ou parcialmente positivas aos inquéritos evidencia contributos importantes dos SIE. Como critério para efeito de análise síntese agregaram-se em percentagem as respostas «concordo totalmente» e «concordo parcialmente» nuns casos e as respostas «muito» e «bastante» noutros casos.

O universo de respondentes é unânime quanto ao facto de os SIE registarem efeitos positivos na prática de enfermagem. Os sistemas reintroduziram boas práticas, que foram deixadas ao “abandono” com o tempo, por estes profissionais. Os sistemas estão estruturados no modelo processo de enfermagem, o que levou a que houvesse uma mudança na forma de conceber os cuidados. Este modelo conceptual, composto por

etapas, proporciona um trabalho sistematizado e estruturado, no qual o planeamento dos cuidados é condição basilar. Daí que 97% dos respondentes consideram que os SIE têm uma forte influência sobre esta actividade.

Nas respostas dos inquiridos observa-se todo um encadeamento de efeitos positivos decorrentes da implementação dos SIE na prática de enfermagem. Constatámos que 65% dos inquiridos “Concordam totalmente” em que a adopção destes sistemas promove um exercício profissional científico, dado que, como já foi referido, estes sistemas estão alicerçados no modelo processo de enfermagem, que ao materializar as teorias de enfermagem constitui uma importante base científica para a prática.

Por outro lado, ao possibilitar a organização e sistematização do conhecimento de enfermagem, com base nos diferentes modelos de enfermagem adoptados pela instituição, o modelo promove a uniformização da prática e a uniformização dos registos. Esta panóplia de efeitos, associada à linguagem CIPE que está na base do sistema SAPE, levou a que a maioria dos inquiridos assinalasse os domínios do planeamento do trabalho (97%), da uniformização dos cuidados (88,5%), e da uniformização dos registos (88,5%), como domínios altamente influenciados pelos SIE.

Por conseguinte, outros contributos tornaram-se visíveis, entre os quais, uma perspectiva diferente sobre a concepção dos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros passam a interessar-se pela enfermagem, mudando a direcção do seu foco de atenção, que deixa de ser somente centrado nas questões da medicina, e passa a centrar-se nas questões da disciplina. É de notar que 69% dos inquiridos considere esta viragem na concepção dos cuidados uma consequência da adopção dos sistemas: SCD/E e SAPE [CIPE].

Todavia, é de salientar que relativamente à questão “foco de atenção da enfermagem”, a concordância total é cerca de 31% apenas e a concordância parcial é de 69%. O facto de o modelo biomédico estar ainda tão enraizado nas instituições de saúde poderá ter reflexos nas respostas dadas. Com valores também muito elevados encontram-se efeitos ao nível da “capacidade de raciocínio” (89%) e no aumento do poder de decisão (75%).

Os sistemas de informação, ao serem arquitectados pelos enfermeiros, constituem indubitavelmente uma mais valia, quer do ponto de vista dos registos, quer do ponto de vista da eficácia e eficiência do trabalho. Ou seja, o sistema tem a particularidade de lembrar ao enfermeiro que determinado cuidado planeado não foi cumprido, confirmado pelo elevado número de anuências dos inquiridos (65%), assim como a informação a transmitir (96%), dos quais 54% “Concordam totalmente” e 42% “Concordam parcialmente”, garantindo, deste modo, a continuidade dos cuidados e, consequentemente, a consecução de um trabalho eficaz e eficiente.

Para além dessas propriedades acrescenta-se a de registar as actividades de enfermagem, que tem como efeito colateral a redução do tempo do enfermeiro a registar, conforme assinalado pela totalidade dos indivíduos se à opção “Concordo totalmente”, com 62%, se juntar a opção “Concordo parcialmente”, com 38%.

É lógico que todas estas consequências têm reflexos na profissão, sobretudo no campo dos registos. Ao registar o enfermeiro dá a conhecer a todos o seu trabalho e, por conseguinte, torna visível a importância da enfermagem no sistema de saúde, razão pela qual $\frac{3}{4}$ da amostra (75%) indicar a importância dos SIE, neste campo.

Se se pensar em todos esses efeitos colaterais decorrentes da implementação dos SIE na enfermagem, apontados pelos sujeitos da amostra, verifica-se que a maioria dos inquiridos tem a percepção de que os SIE trouxeram mudanças à profissão, porquanto 88% assinala a ocorrência de mudanças na prática de enfermagem.

No campo da Comunicação/Relação a influência dos sistemas faz sentir fortemente na comunicação entre os enfermeiros, com 84,4% de respostas positivas, e na área da relação, na parceria enfermeiro doente, com 85% de respostas afirmativas. Esta posição é reforçada pelas respostas discordantes dadas pelos inquiridos à questão “os sistemas reduzem tempo para estar com o doente”.

No campo da gestão é de realçar, ainda, que 85% dos respondentes consideram existir um modelo de “gestão aberta/gestão participativa”.

Mas deve-se realçar, ainda, outros resultados importantes, designadamente os efeitos positivos na “reflexão sobre as práticas” (74%), na valorização do “exercício

profissional científico” (73%), na “autonomia profissional” (70%), na “gestão de recursos humanos de enfermagem” (69%) e no “planeamento do trabalho” (66%). No que respeita aos contributos dos sistemas para a prática de enfermagem deve-se sublinhar os efeitos verificados na avaliação dos cuidados prestados (73,1%) e na actualização profissional (69,2%).

Um pouco menos de peso é revelado quanto à “visibilidade do trabalho de enfermagem” (59%), provavelmente em função ainda do peso do modelo biomédico, à “comunicação vértice estratégico / centro operacional” (50%), em virtude de existir alguma distância entre estes dois níveis, e apenas 50% dos respondentes considera “razoável” a participação do enfermeiro nas questões organizacionais. Estas respostas evidenciam que nas questões macro os enfermeiros estão menos envolvidos, embora o seu “poder de decisão” não seja de menosprezar: 42% considera que é «muito» ou «bastante» (30% dos quais concordam totalmente) e 46% atribui um poder “razoável”.

Finalmente, é de realçar os itens em que os SIE possuem menos efeitos. Apenas 27% dos respondentes considera que os SIE podem ser potenciais instrumentos de “mecanização do trabalho”, contra 46% que «discordam totalmente» dessa possibilidade e 27% que «discordam parcialmente». Além disso, apenas 24% dos inquiridos concorda totalmente ou parcialmente com a influência dos SIE na “produção de investigação” e no “desenvolvimento profissional”. Quanto à política de mobilidade, apenas 31% dos inquiridos responde afirmativamente contra 69% de respostas negativas.

Em suma, o balanço dos contributos do SIE é muito importante para o exercício da profissão, quer do ponto de vista da melhoria dos processos de enfermagem, quer do ponto de vista da melhoria da comunicação com colegas e das parcerias estabelecidas com o doente, quer ainda do ponto de vista da melhoria de condições técnicas e científicas conducentes a um trabalho cada vez mais crítico e autónomo.

4.2. Discussão dos resultados da Análise de Conteúdo das questões do Inquérito por Questionário

No que respeita à categoria **Mecanização do Trabalho:**

O indicador que refere haver possibilidades de opção à mecanização do trabalho foi o mais referenciado com 36,8% dos casos registados, enquanto 15,8% consideram que a actualização profissional supera esse problema e 10,5% consideram mesmo que o sistema permite reduzir o risco de mecanização do trabalho. Estes três indicadores representam quase 64% das respostas, sendo que, das restantes, 26,3% julga que a mecanização dependerá das características pessoais dos enfermeiros e das características do trabalho. Por conseguinte, os inquiridos avaliam globalmente que o risco de mecanização do trabalho não é relevante.

Quanto à categoria **Aspectos negativos do SCD/E e SAPE [CIPE]:**

O indicador que refere desconhecimento de aspectos negativos da aplicação do SIE foi o mais referenciado com 36,8% dos casos registados. O segundo indicador mais relevante regista 31,6% de inquiridos que consideram ainda haver dificuldade de utilização da linguagem CIPE. É de admitir que o tempo resolva este problema através da familiaridade dos profissionais com a linguagem utilizada. Dos restantes indicadores é de realçar que 21% dos inquiridos referem verificar-se uma redução do tempo empregue com o doente e em outras actividades, respostas que não são inteiramente compatíveis com os dados quantitativos recolhidos que apontam para uma melhoria na relação com o doente. Em todo o caso, não se registam respostas muito significativas relativamente a aspectos negativos do sistema, se exceptuarmos a dificuldade ainda verificada na questão da linguagem.

Em relação à categoria **Influência do SCD/E na política de mobilidade:**

Os registos nesta categoria dividem-se claramente: 54,5% dos inquiridos consideram positiva a mobilidade, indicando haver enriquecimento profissional, contra 45,5% que a consideram negativa, provocando descontentamento profissional. É claramente um assunto que divide a classe, mas estes registos não são inteiramente

conformes com os dados quantitativos que são vincadamente mais desfavoráveis à mobilidade.

No que concerne à categoria Mudanças na prática de enfermagem:

Nesta categoria 50% dos registos apontam para um aumento da visibilidade do trabalho de enfermagem. Os restantes registos também são favoráveis à profissão: reflexão sobre as práticas (25%), pensar sobre os cuidados (16,7%) e realização de investigação (8,3%).

4.3. Discussão dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas

De acordo com os resultados obtidos na Categoria **Organização do Trabalho**, constatou-se que a organização do trabalho fundada no Método Individual de Trabalho é uma das mudanças decorrentes da implementação dos SIE: SCD/E. Os entrevistados registaram opiniões favoráveis relativamente a este indicador, salientando os efeitos da aplicação deste modelo de trabalho na organização do trabalho. Para o doente é um ponto de referência e para o enfermeiro significa responsabilidade e conhecimento global do doente, o que resulta em melhores cuidados.

Na categoria Impactos do SCD/E e SAPE [CIPE] na prática de enfermagem, observou-se que os entrevistados são unânimes quanto à implementação destes sistemas na prática de enfermagem influenciar as próprias práticas.

As respostas também valorizam os contributos para a implementação do processo de enfermagem. Os registos encontrados revelam que a implementação do SCD/E contribuiu para que todos os utilizadores na prática utilizassem o modelo processo de enfermagem – sistema estruturado neste modelo.

Esta posição é reforçada pelos sujeitos da amostra quando focam como um dos contributos dos sistemas o desenvolvimento do exercício profissional com base no processo de enfermagem, que apesar de já ter sido implementado nas unidades hospitalares, no sistema anterior, não teve grande adesão por parte dos profissionais de enfermagem: “...*impactos para a prática de enfermagem foi a utilização do processo*

de enfermagem. Todos o aplicam, pelo menos, os enfermeiros que estejam a trabalhar com este sistema.” (E1).

Os enfermeiros realçam, mesmo, a importância da utilização desta metodologia científica para a prática de enfermagem. Primeiro, está regulamentada no conteúdo funcional da carreira – prestar cuidados a partir de uma metodologia científica, que segue as etapas do processo de enfermagem e está regulamentada no REPE. Segundo, o exercício profissional passa, a partir de agora, a ser fundado nesta metodologia científica de trabalho: *“...prática findada numa metodologia científica.” (E9).*

Os efeitos colaterais foram:

- Ênfase para as intervenções autónomas de enfermagem. Os profissionais de enfermagem passaram a estar mais preocupados com o que podem fazer para resolver o problema do doente, com o que podem prescrever para ajudar a minimizar ou controlar o problema apresentado pelo doente. *“Ao utilizar o processo de enfermagem um cuidar holístico, porque faz a colheita de dados, identifica os problemas do doente, define os diagnósticos de enfermagem, as intervenções a realizar e prescreve.” (E9).*

Também MENEZES e BASTOS (2003:274) concluíram no seu estudo a importância deste instrumento para o exercício profissional de enfermagem: *“faz com que esse atendimento seja mais voltado para os propósitos e necessidades do paciente e não somente para o aspecto patológico...pois os fenómenos que preocupam a enfermagem são os padrões de resposta humana, e não os processos de doença com os seus sinais e sintomas.”*

- Valorização das prescrições de enfermagem e interesse pela arte de diagnosticar, não ficando limitado ao diagnóstico médico. Relevam o diagnóstico de enfermagem, a sua capacidade de identificar problemas, estabelecer hipóteses diagnosticas e prescrever acções que vão dar resposta a esses mesmos problemas. Capacidade de avaliar e se necessário encaminhar para outras áreas. *“...levou-nos a construir os*

diagnósticos de enfermagem.” “...os enfermeiros passaram a prescrever intervenções de enfermagem.” “...mobiliza o enfermeiro a efectuar a avaliação dos resultados das intervenções realizadas.” (E1).

Outro dos contributos apontados pela maioria dos entrevistados foi o facto de passarem a elaborar o Plano de cuidados. Os efeitos colaterais dessa prática foram, segundo os entrevistados, os seguintes:

- **Elaboração de um plano de cuidados**, onde constam os diagnósticos e as intervenções a realizar para dar resposta aos problemas identificados. *“...aspecto positivo deste sistema para os enfermeiros prestadores é que “obriga” a elaborar o plano de cuidados para todos os doentes, ora isso anteriormente era impensável.” (E2).*
- **Documentar as acções**. Proporciona o registo do conjunto de medidas pensadas e prescritas, assim como os objectivos a alcançar e a avaliação do trabalho concretizado.

Os efeitos colaterais decorrentes desta prática são importantes: para o doente, a actividade de enfermagem passou a dispor de um plano de cuidados; para a prática de enfermagem, o registo das actividades permite documentar os actos realizados o que confere visibilidade do trabalho de enfermagem. Como mencionado por SALE (1998:55), *“ Talvez no passado, não tivéssemos sido explícitos sobre aquilo que fazíamos e isso levou a que pessoas com formações diferentes das nossas ficassem com uma noção muito pouco clara sobre quais eram o nosso papel e as nossas responsabilidades.”*

Outro dos contributos apontados consiste na valorização das acções de enfermagem e na avaliação do trabalho. O sistema baseia-se no processo de enfermagem, instrumento relacionado com os cuidados prestados à pessoa doente e que está agrupado nas quatro etapas essenciais da prática de enfermagem: diagnósticos e intervenções de enfermagem, plano de cuidados e avaliação.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem como contributos dos sistemas, a maioria dos inquiridos está de acordo que o enfermeiro passa a desenvolver a actividade diagnóstica. “ *O sistema tem na base o processo de enfermagem, logo os diagnósticos de enfermagem constituem uma das etapas do processo de enfermagem...*” (E9).

Destacam-se os efeitos colaterais decorrentes desta prática:

- Desenvolve a capacidade de raciocínio.
- Direciona para as acções de enfermagem.
- Confere maior visibilidade ao trabalho de enfermagem.

Como realçado por CARPENITO (2002), o diagnóstico de enfermagem é útil porque ajuda os enfermeiros a concentrarem-se mais nos fenómenos de enfermagem do que nos da medicina. Também LORENCETTE e BOHOMOL (2005:140) se pronunciaram sobre a importância da actividade diagnóstica para a enfermagem: “*...identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas e o grau de dependência, e fará um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais...*”.

Em suma, os sistemas da informação estão relacionados com os principais elementos da prática de enfermagem: diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. A implementação destes sistemas na prática de enfermagem teve como efeitos a realização destas actividades pelos enfermeiros prestadores de cuidados.

Quanto à categoria Impactos dos Sistemas SCD/E e SAPE [CIPE], na Área de Intervenção de Enfermagem, observa-se que as respostas se aproximam no que respeita a duas áreas importantes de intervenção de enfermagem.

Os entrevistados realçam o contributo do sistema no desenvolvimento de uma prática direccionada para as actividades autónomas de enfermagem. O sistema ao estar estruturado no modelo processo de enfermagem tem uma abordagem centrada no doente e baseia-se num aspecto fundamental: necessidades do doente, como realçado por um dos entrevistados: “*...utilização da CIPE, o foco de atenção do enfermeiro é mais*

dirigido para os problemas e necessidades do doente e família...” (E1). Mas também sublinham o peso do modelo biomédico no trabalho de enfermagem: *“No entanto ainda há uma grande tendência de olharmos mais para os aspectos biológicos. O médico continua a ter muito peso no trabalho hospitalar.”* (E2; E7). Como descrito na literatura, a enfermagem tem uma longa história que marcou o seu agir. O modelo biomédico predominou durante muito tempo e ainda hoje está muito presente nos contextos de trabalho.

Outrora eram os diagnósticos médicos, as prescrições médicas, as decisões médicas, os tratamentos médicos, que prevaleciam e que, em muitas das instituições e /ou serviços hospitalares, ainda prevalecem.

Como referido por CARPENITO (2002), no passado os enfermeiros usavam os diagnósticos médicos para descrever os problemas de enfermagem. Também COLLIÈRE (1989:125) fala da importância que o modelo biomédico tem na prática de enfermagem *“...A prática de enfermagem organiza-se em torno de diferentes tarefas prescritas pelo médico, para investigar, tratar, vigiar a doença. É a doença que conduz a acção de enfermagem e dá sentido às tarefas a realizar.”*

Os contributos dos sistemas em análise fizeram mudar o cenário de trabalho. O sistema foi pensado como um meio que pode ajudar os enfermeiros a mudar a forma de organizar o trabalho de enfermagem. O facto de ser arquitectado por enfermeiros portugueses, oferece essa possibilidade como refere Paiva (2000), a concepção e implementação do sistema em suporte electrónico, com base na linguagem CIPE, adoptando *“...os processos inerentes ao conceito de Processo de enfermagem”* é indubitavelmente uma mais valia para os profissionais de enfermagem. Como escrevia COLLIÈRE (1989:152), a propósito das vantagens da implementação do processo de enfermagem para a prática, *“O trabalho de enfermagem muda de natureza, encontra um meio para se interrogar, questionar, reflectir, criar (...).”*

Na categoria “padronização dos cuidados” realça-se como efeito colateral a homogeneização dos cuidados que tem como resultado cuidados de qualidade.

O facto de se dispor de planos “tipo” favorece uma prática uniformizada. Os inquiridos concordam que um dos contributos do sistema é o de poderem dispor de

planos informatizados, o que os liberta de escreverem manualmente inúmeras folhas de planos que ninguém lia. Para além disso focam a importância destes planos na prática, porque os liberta para outras actividades, além de que permitem rapidamente aceder ao plano de cuidados, facilitam a actualização, orienta-os na realização das actividades. Evita-se duplicações, reduz-se a contradição de cuidados, promove-se o conhecimento dos resultados, promove-se a discussão que muitas das vezes põem a descoberto áreas deficitárias e promove-se, ainda, mais tempo livre, planos actualizados e documentação das actividades. A continuidade dos cuidados ocorre, então, naturalmente. Autores como PAIVA (2000) e CARPENITO (2002), entre outros, sublinham estas vantagens.

Para além disso, o facto de disporem de uma linguagem padronizada contribuiu para a uniformização dos cuidados, ao facultar uma terminologia comum para descrever a prática de enfermagem. “...os cuidados estão uniformizados o que é bom para nós porque trabalhamos todos da mesma maneira.”, “...bom para o doente porque tem continuidade de tratamento.” (E2; E5; E6).

Em relação à categoria “reflexão sobre as práticas” os entrevistados corroboram que um dos efeitos positivos deste sistema é o facto de permitir reflectir sobre as práticas. Abordam a realização do manual *standard* de cuidados como um elemento promotor desse comportamento, que permite pensar sobre os cuidados realizados em cada unidade, designadamente “o que se faz”, “como se faz”, o que é “preciso mudar”. Permite-lhes perceber de com que qualidade os cuidados estão a ser prestados.

Na literatura consultada encontrou-se opiniões de autores entre os quais salientamos SALE (1998), PAIVA (2000) e SOUSA (2005), que vão de encontro às opiniões dos sujeitos do estudo, ao enfatizarem que um dos pontos positivos da implementação destes sistemas é levar os enfermeiros a pensar sobre o que fazem.

Na categoria “mecanização do trabalho” os entrevistados não concordam que o facto de utilizarem estes sistemas, com conteúdos já parametrizados, vá contribuir para um trabalho mecanizado. O sistema dispõe de espaços livres nos quais os enfermeiros podem sempre escrever informação sobre o doente, sobre os cuidados.

Os inquiridos afirmam que o facto de se dispor de planos padronizados não significa que o enfermeiro se cinja ao que o sistema propõe. A singularidade do doente

só não é considerada se o enfermeiro não quiser. Limitar-se a “clicar” sobre a informação parametrizada tem mais a ver com as características de cada um do que com os sistemas. *“...os cuidados de enfermagem só não são personalizados se o enfermeiro não quiser...Pode realmente limitar-se a colocar cruzinhas. Mas isso tem mais a ver com as pessoas e não com o sistema.”* (E5).

PAIVA (2000:144) também se mostrou preocupado em relação a esta probabilidade, mas no seu estudo concluiu que a probabilidade dessa situação ocorrer era muito baixa, dado que o sistema dispõe de espaços que podem ser accionados sempre que o enfermeiro queira. *“Dispõem de um campo para texto livre que permite documentar ...”* Reconhece contudo, que haverá sempre enfermeiros que *“irão limitar-se à informação pré-definida nos sistemas de informação, não acrescentando qualquer informação (...)”*. Considera que essa situação *“Não tem a ver com os SIE, com os planos tipo, mas com a pessoa em si.”*

Quanto a existirem rotinas, os inquiridos concordam que as rotinas também são necessárias para o bom funcionamento dos serviços. No entanto, referem que o trabalho de enfermagem dificilmente poderá ser considerado rotineiro, primeiro porque o enfermeiro cuida de pessoas, depois porque as características do trabalho em si estão mais de acordo com a imprevisibilidade que marca o trabalho de enfermagem. *“Na medicina, na enfermagem, nada é estático as coisas estão sempre a mudar...”*, *“...as situações são tão variadas que requerem sempre flexibilidade, adaptabilidade, inovação, proactividade.”*, *“...o trabalho é tão complexo e diverso que nunca pode ser considerado uma rotina.”* (E2).

Na categoria “registos de enfermagem” os inquiridos concordam maioritariamente que foi um grande contributo do sistema para a enfermagem. A visibilidade do trabalho do enfermeiro é o contributo mais evidenciado, seguido da avaliação do trabalho e da investigação. Estas mais valias estão incluídas nos próprios objectivos da CIPE:

- Descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas nos vários contextos da prática.

- Desenvolver a construção de indicadores que permitam mensurar trabalho de enfermagem e, por conseguinte, mostrar o seu peso para o sector da saúde.
- Fomentar a investigação em enfermagem.

Nestes três objectivos estão expressos os contributos da linguagem CIPE no campo da visibilidade/importância do trabalho de enfermagem e da investigação. A documentação vai oferecer aos profissionais de enfermagem a grande oportunidade de mostrarem o peso da enfermagem nos cuidados de saúde e desenvolverem a profissão através da investigação.

Outro dos contributos referidos na literatura como consequência da implementação destes sistemas é a existência de uma linguagem padronizada que tem como efeitos colaterais registos claros, objectivos e, consequentemente, facilidade de escrita. A maioria dos entrevistados comunga da mesma opinião: um dos efeitos é passarem a ter registos claros e escritos numa linguagem que todos entendem.

A linguagem CIPE é apontada como um efeito positivo, porquanto, na opinião dos inquiridos, melhora os registos, tornando-os mais claros e perceptíveis na medida em que não dependem das capacidades de cada um para escrever. Acrescentam que o efeito para a enfermagem é a visibilidade do trabalho do enfermeiro. *“...ajuda-nos a revelar o que estamos a fazer aos outros técnicos.” “Os outros técnicos e não só, os governantes, o público em geral vão poder conhecer melhor o campo de actuação de enfermagem...”* (E1).

Opiniões partilhadas pelos enfermeiros utilizadores e pelos enfermeiros responsáveis pela implementação do sistema, entre os quais SOUSA (2005:355-356): *“...visibilidade quer às intervenções implementadas pelos enfermeiros em função do seu processo de tomada de decisões e resolução de problemas, quer aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem...”*

Relativamente à categoria “parceria do cuidar” foram encontrados registos favoráveis na maioria das respostas dos entrevistados. Os sistemas têm na base o processo de enfermagem, que tem como efeito uma prática direccionada para os problemas do doente. Isso pressupõe envolver o doente/família nos cuidados. Segundo

os princípios que fundamentam a enfermagem, a essência da enfermagem é o cuidado integral ao ser humano e a relação entre o cuidado e o cuidador.

Os entrevistados estão de acordo de que faz parte da função do enfermeiro interagir com o doente/família e de que a prestação de cuidados implica interacção. *“Desde o momento da admissão, logicamente se o doente está lúcido, há constantes interacções enfermeiro/doente.”* (E2). De acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (2003:8): *“O exercício profissional de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa. (...)”*, o que significa interacção.

Para os entrevistados, a interacção só deixa de existir se o estado clínico do doente não o permitir. *“...a maioria está confusa, o que leva a que o enfermeiro tenha que fazer tudo pelo doente.”* (E5). Quanto à participação da família, estão de acordo que ela é estimulada e que a limitada adesão está associada a factores externos de índole social e cultural que constituem obstáculos a essa participação.

No que respeita à categoria “Impactos do SIE no campo informacional/comunicacional” os entrevistados referem, na sua maioria, que um dos contributos deste sistema é, sem dúvida, dispor de informação organizada e ordenada. Esta opinião é partilhada por PAIVA (2000:80-81) quando afirma que há *“Registos mais organizados.”*

Os enfermeiros utilizadores do sistema SCD/E evidenciam a avaliação do trabalho como um dos contributos do sistema, porque todo o trabalho está sujeito a processos de auditoria interna e externa, o que permite, face aos resultados obtidos nos relatórios das auditorias, introduzir medidas correctivas, comparar práticas.

Os utilizadores do sistema SAPE [CIPE] ainda não desenvolveram essa potencialidade, porque estão numa fase inicial de implementação do processo nos hospitais, mas crêem que no futuro próximo esta será uma das mais valias deste sistema.

Quanto à subcategoria “comunicação organizacional”, os entrevistados evidenciam como um dos efeitos colaterais deste sistema é o aumento da comunicação e da partilha de experiências entre os enfermeiros. A discussão sobre as práticas também é evidenciada como um novo hábito entre o grupo de enfermeiros.

No entanto, paradoxalmente, encontram-se registos de entrevistados que afirmam que os enfermeiros não têm cultivado muito essa prática. Para a maioria dos entrevistados a comunicação entre enfermeiros e outros técnicos de saúde é baixa, prevalecendo a tendência para um trabalho individual. Constata-se que apesar de a pessoa doente não ser tratada por profissionais isolados do resto da equipa de saúde, nos contextos de trabalho, a comunicação entre os profissionais de saúde é restrita, parecendo que o processo de cuidados está dividido por grupos onde cada um faz a sua parte, sem se articularem com os demais. O sistema não conseguiu ainda dar resposta a esse problema, dado que não aumentou os níveis de comunicação ou de articulação entre os elementos da equipa de saúde, apenas melhorou a comunicação entre os enfermeiros.

No que respeita à formação os entrevistados são unânimes de que a formação é pouco potencializada. A maior parte está consciente de que a actualização é necessária e importante. Apontam que um dos contributos do sistema neste campo é fomentar o estudo, dado que a elaboração dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem exigem que o enfermeiro estude e pesquise. Segundo ADAM (1994:185), *“O exercício da enfermagem, nos domínios prático, de investigação e de formação requer muitos conhecimentos.”*. A própria Ordem dos Enfermeiros refere no Estatuto da Ordem, no artigo 76 e 88, alíneas a e c), que o enfermeiro deve de *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos...”*, e deve de *“Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos...”* (Ordem dos Enfermeiros, 1998:54 e 61), o que demonstra a importância do conhecimento e da aprendizagem contínua para o exercício profissional.

Os entrevistados também evidenciam maioritariamente a importância da formação contínua e defendem que os enfermeiros têm que ser autodidactas. Porém, os seus discursos revelam que as formações em serviço são poucas. Quanto às horas para formação, referem que os serviços não podem dispensar as pessoas por várias razões, entre as quais devido ao défice de recursos humanos. Porém, quase todos falam da existência de um departamento de formação nas organizações e da programação de formação que pode ser frequentada pelos enfermeiros.

Talvez por isso, o facto de se fazer pouca formação é mais atribuído aos enfermeiros do que aos sistemas. Os inquiridos afirmam mesmo que o sistema SAPE

tem um ícone que o enfermeiro pode usar para solicitar formação, apesar de estar ainda pouco explorada essa potencialidade do sistema.

Na sua maioria os entrevistados falam das potencialidades do sistema no campo da investigação, mas reconhecem que ainda é pouco explorada. A não informatização dos serviços não facilita esse processo, assim como as diferentes fases actuais de implementação do sistema não ajudam o desenvolvimento dessa área.

Relativamente à subcategoria “gestão organizacional” a maioria dos entrevistados evidenciou praticar uma gestão aberta e a comunicação do Topo com o Centro Operacional ser menos centralizada e formal. A participação dos enfermeiros nas questões do serviço é também muito evidenciada.

Os sujeitos do estudo utilizadores do SCD/E destacam as potencialidades deste sistema na gestão dos recursos humanos de enfermagem. Dizem que tem o mérito de permitir prever as necessidades de recursos humanos de enfermagem e destacam como efeitos principais a redução da sobrecarga de trabalho, a melhoria dos cuidados e mais tempo para o doente.

Os entrevistados evidenciam, na sua maioria, como um dos contributos dos sistemas, a redução do tempo em cuidados indirectos, em burocracia.

Segundo os autores consultados na bibliografia, uma das finalidades do SCD/E é auxiliar os enfermeiros gestores na gestão e na produção de indicadores que lhes permite avaliar os cuidados prestados, realizar trabalhos de investigação, assim como contabilizar actos de enfermagem.

A “mobilidade” foi também apontada como uma das mais valias deste sistema. O enfermeiro gestor, ao dispor diariamente de informação que lhe permite conhecer as necessidades em recursos humanos de enfermagem, pode, deste modo, providenciar a mobilização entre serviços de efectivos de enfermagem a fim de colmatar o défice de enfermeiros nos serviços em falta.

No entanto, não se encontram registos favoráveis entre os entrevistados no que respeito a este assunto. Apenas um entrevistado referiu concordar com esta política e

destacar aspectos positivos, tais como aprendizagem, troca de experiências, aumento de conhecimentos, entre outros. A maioria registou opiniões desfavoráveis.

Na categoria “autonomia / responsabilidade profissional” os entrevistados evidenciaram respostas favoráveis. No seu entender, a implementação destes sistema influencia positivamente o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia. Ao possibilitar a documentação, o sistema tem como efeito a responsabilidade do enfermeiro pelo acto realizado. É esperado que responda pelos seus actos, dado que deve de “prestar contas” pelas acções que pratica e que são da área da sua competência. Como regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros, no artigo 79.º alínea b), do Estatuto da Ordem: *“Responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica...”*. O plano de cuidados “tipo” contribui para a “prestação de contas”, porquanto os profissionais de enfermagem ficam esclarecidos quanto à extensão da sua responsabilidade.

O Método Individual de Trabalho ou de Enfermeiro de Referência é referido pelos entrevistados como promotor da autonomia / responsabilidade profissional, porquanto o enfermeiro é responsável por prestar toda a assistência a um grupo de doentes. É responsável por elaborar, executar e avaliar os cuidados planeados para aquele grupo de doentes.

Na categoria “vantagens da adopção dos sistemas para a prática” a maioria das respostas incidiram nos seguintes itens:

- Trabalho baseado no processo de enfermagem, que abarca as principais actividades de enfermagem: diagnóstico, prescrições e avaliação.
- Elaboração do plano de cuidados, tendo como efeito maior conhecimento do doente porque é direccionado para o doente.
- Facilidade na continuação dos cuidados, logo, melhoria dos cuidados.

O facto de os sistemas serem construídos por enfermeiros portugueses e estarem estruturados no modelo processo de enfermagem faz com que os conteúdos estejam relacionados com os principais elementos da prática de enfermagem. Isso é positivo

porque trata-se de programas criados para a enfermagem, pensados para auxiliar o enfermeiro na sua prática.

As mudanças ocorridas no campo da prática evidenciadas pelos entrevistados incidiram na aplicação do processo de enfermagem, significando que os enfermeiros passaram a diagnosticar, a prescrever e a avaliar, o que lhes permite reflectir sobre as práticas.

Os registos são evidenciados como a grande mudança, assim como a utilização de uma linguagem comum. Como efeitos colaterais sobressai a visibilidade do trabalho de enfermagem. A possibilidade de investigar tem como consequência desenvolver os conhecimentos de enfermagem, mudar as práticas e fazer a profissão progredir como ciência.

Os entrevistados evidenciam como desvantagem a não informatização dos serviços e a falta de computadores.

Nas limitações do sistema, os inquiridos abordam como problema o desconhecimento dos resultados do sistema para a profissão, o desconhecimento das potencialidades do sistema e a importância demasiada que está a ser dada a estas ferramentas de trabalho. Tal facto leva-os a afirmar que os sistemas são apenas sistemas de informação, direccionados para as actividades de enfermagem e cujo fim último é auxiliar o enfermeiro no seu trabalho. Isto significa que não vão resolver os problemas estruturais da profissão, porque é aos próprios enfermeiros que compete a resolução desses mesmos problemas.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Tendo em conta os objectivos delineados inicialmente no estudo, deve-se referir, desde já, que não se conseguiu, através da análise das respostas dos inquiridos, identificar impactos dos sistemas em avaliação para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão, porque o sistema ainda está em implementação e encontra-se em fases diferentes, algumas das quais ainda incipientes.

Todavia, foram identificados diversos contributos do sistema para a prática de enfermagem, para a gestão e para a profissão.

Porém, antes de se concluir sobre os contributos identificados, considera-se importante evidenciar alguns dos constrangimentos vividos no decorrer da realização do estudo.

No que respeita à recolha de informação, deparou-se com alguns constrangimentos, nomeadamente na aplicação do instrumento de colheita de dados para avaliar os impactos do SCD/E na prática de enfermagem. Inicialmente pretendia-se aplicar o estudo na unidade de medicina do Hospital Pulido Valente, por pertencer ao grupo dos hospitais piloto do projecto de implementação do referido sistema. No entanto, devido ao Hospital Pulido Valente ter “abandonado” a aplicação do sistema, não nos foi possível realizar o estudo nesta unidade. Por essa razão, e por sabermos que o IGIF era a entidade coordenadora deste projecto, contactou-se as enfermeiras responsáveis pela sua implementação a nível hospitalar, as quais nos sugeriram o Hospital de S. José, porquanto já estava a aplicar o sistema há algum tempo. Porém, devido a questões formais e burocráticas que nos ultrapassaram, também não nos foi possível aplicar aí o estudo.

Em relação ao Hospital de Abrantes contactámos a Enfermeira Directora (já aposentada) para ser entrevistada sobre o sistema, tendo-se mostrado interessada e disponível. Esta informante privilegiada foi indicada quer pelas enfermeiras coordenadoras do projecto do IGIF, quer pela Enfermeira supervisora do Hospital de S. José e, por outro lado, pelo facto de esta informante ter estado envolvida no processo de implementação do sistema desde a sua génese, porquanto exercia à época as funções de Enfermeira Directora do Hospital de Abrantes. Após terem sido explicados os objectivos e as finalidades da entrevista, bem como os objectivos do trabalho, a entrevista foi efectuada, mas posteriormente a entrevistada solicitou a não utilização da entrevista no trabalho, o que foi naturalmente aceite.

Outro factor que causou algum constrangimento metodológico prende-se com o facto de não trabalharmos com estes sistemas (SCD/E e SAPE- [CIPE]), reflectindo-se numa maior dificuldade na construção do instrumento. A proximidade com a amostra seleccionada para a realização do pré-teste não ajudou na obtenção de uma percepção clara do número de questões a levantar.

A limitada adesão dos profissionais ao seu preenchimento constituiu outro factor limitativo do estudo.

Do estudo efectuado pode-se concluir que a existência de um sistema de registos de enfermagem, que abarca as necessidades de cuidados de enfermagem do doente, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, constitui um ganho para a prática de enfermagem. Por outro lado, o facto de os profissionais de enfermagem disporem de um sistema arquitectado por enfermeiros, alicerçado nos principais elementos da prática de enfermagem, nomeadamente diagnósticos de enfermagem, prescrições de enfermagem e resultados de enfermagem, é percebido pelo grupo como uma mais valia para a classe.

Como é sabido, a enfermagem é uma profissão que se centra na Pessoa Humana e nas suas respostas aos problemas de saúde. Ao utilizar como metodologia de trabalho o processo de enfermagem, o enfermeiro encontra neste instrumento os meios para desenvolver esta parte dos cuidados de enfermagem, uma vez que a sua área de intervenção também engloba as intervenções interdependentes.

Os sistemas de informação, ao estarem estruturados no modelo processo de enfermagem, vieram facilitar a utilização deste instrumento por parte dos profissionais de enfermagem e, por conseguinte, introduziram algumas mudanças significativas no campo da prática, por incluírem os elementos basilares dos cuidados de enfermagem:

- Diagnósticos de enfermagem.
- Intervenções de enfermagem.
- Resultados de enfermagem.

Estes elementos passaram a fazer parte do quotidiano dos profissionais de enfermagem e conduziram a uma prática baseada numa metodologia científica.

O planeamento dos cuidados, com recurso a planos tipo, associado à utilização da linguagem CIPE, trouxe também algumas mudanças, nomeadamente no campo da prática, ao reduzir a variabilidade dos procedimentos que podem comprometer os resultados esperados e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados. Também afectou positivamente a documentação, o processo de comunicação, particularmente entre os enfermeiros, e o campo da autonomia profissional.

A utilização da linguagem CIPE revela-se fundamental para a investigação e para a identificação de resultados sensíveis à enfermagem, segundo os sujeitos da amostra. A preocupação com uma prática baseada nas evidências fez-se sentir no grupo e, por conseguinte, realça-se a necessidade de actualização e formação profissional e de investigação. Apesar do grupo estar consciente de que esta é uma área deficitária a ser melhorada.

No campo da documentação, o grande contributo neste domínio é que os enfermeiros passaram a poder registar o que fazem e, deste modo, a dar visibilidade do seu trabalho, até aqui oculto, tal como foi mencionado pelo Grupo responsável pela elaboração do “Quadro de Referência de Enfermagem” do Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005: 19):

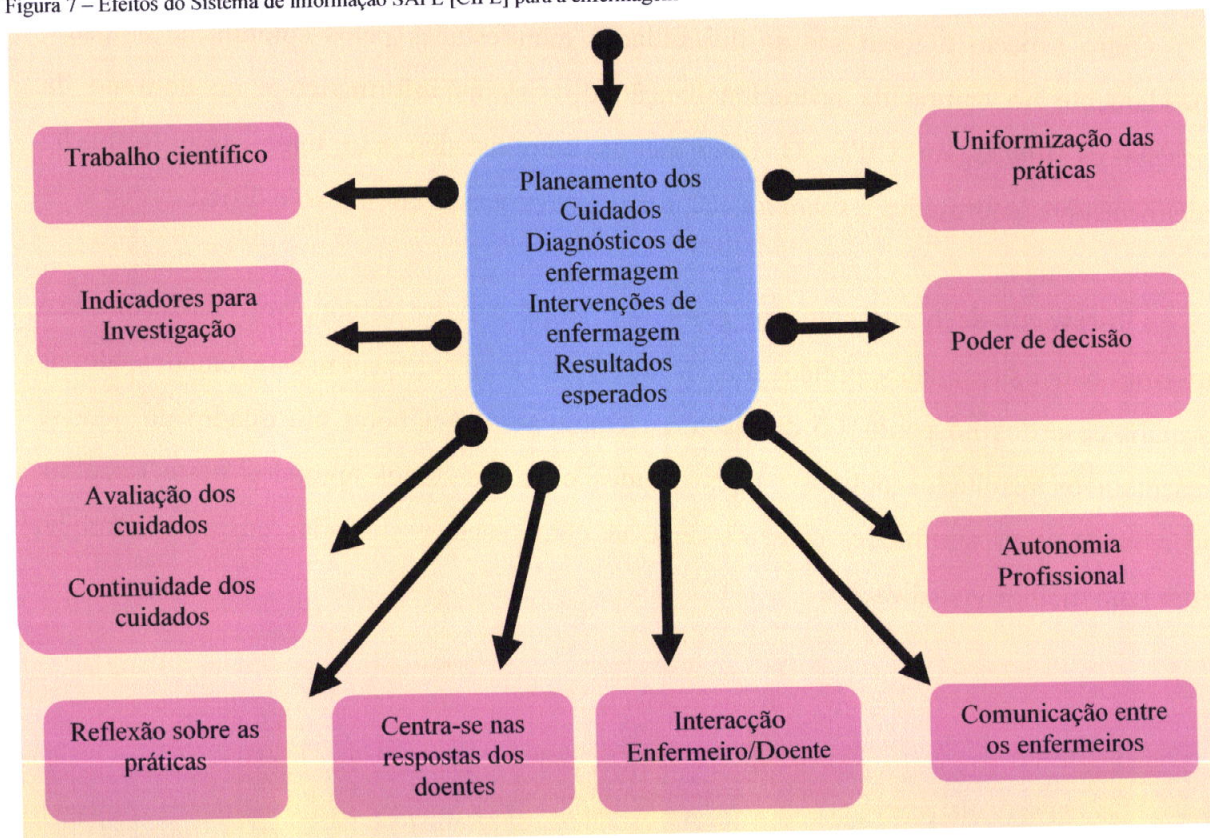
“Não obstante, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores de saúde e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo, incipiente, impossibilitando, deste modo, a sua descrição e a verificação do impacte dos mesmos nos ganhos em saúde das populares.”

Em suma, a implementação dos sistemas de informação em enfermagem, SCD/E e SAPE [CIPE], traduziram-se por um exercício profissional com base numa metodologia científica, numa prática baseada em evidências decorrentes de estudos científicos e com base na literatura científica. As decisões decorrentes do julgamento clínico passaram a fazer parte das actividades de enfermagem. A construção de planos de cuidados padronizados proporcionou momentos de discussão, de reflexão e de avaliação “do que se faz”, do que “não deve ser feito” e do que “deveria ser feito”, no sentido de se chegar a um consenso entre a equipa.

Os sistemas de informação em enfermagem produzem, ainda, indicadores de resultados, o que permite conhecer se os resultados esperados foram ou não conseguidos, como consequência das intervenções propostas. Se o resultado for negativo, proporciona reflexão sobre o trabalho desenvolvido e a introdução de medidas correctivas. Tais sistemas permitem, ainda, comparar resultados e optar pelas melhores práticas.

Na Figura 7, a seguir representado procurou-se evidenciar os efeitos do sistema SAPE estruturados no modelo processo de enfermagem, com base na linguagem CIPE.

Figura 7 – Efeitos do Sistema de informação SAPE [CIPE] para a enfermagem



Fonte: autor do estudo.

No que respeita ao enfermeiro gestor pode-se considerar que os sistemas de informação são um aliado fundamental, porque lhes permite avaliar a qualidade dos cuidados, contabilizar os actos de enfermagem e gerir os efectivos de enfermagem, poupando-lhes tempo com burocracias.

No campo da organização os contributos vão para a gestão participativa. Os profissionais de enfermagem passaram a interferir na dinâmica do trabalho instituído, sentindo-se parte desse processo. Em parte, as auditorias contribuíram para estas mudanças,

porque criaram a necessidade de mecanismos de comunicação que facilitassem a divulgação dos resultados das auditorias nos diferentes sectores. Os gestores têm plena consciência que só com o apoio dos trabalhadores poderão conseguir efectivamente a mudança pela introdução das medidas correctivas.

Por fim, considera-se que toda esta engrenagem tem elevados níveis de aceitação por parte dos enfermeiros, pelo facto de estes fazerem parte da implementação destes sistemas. O facto de o processo de implementação ter sido viabilizado a partir da realidade de trabalho de cada um e não imposto, ajudou a sentirem-se comprometidos com o seu sucesso.

Outro aspecto a focar são as dificuldades manifestadas pelos sujeitos da amostra, nomeadamente no campo da operacionalização do sistema informático e no domínio da utilização da linguagem CIPE. O facto de os entrevistados não terem tido formação académica sobre informática e sobre a CIPE torna este processo complexo e difícil.

Observando-se o conjunto dos resultados obtidos neste estudo, verifica-se que são conformes com os resultados obtidos nos vários estudos realizados sobre esta temática, alguns dos quais descritos no ponto 1.5 do trabalho. Optou-se por elaborar um quadro no qual se apresentam os resultados obtidos nesses estudos e os resultados apurados neste trabalho, evidenciando-se as similitudes entre os dois, as quais estão assinaladas em tom vermelho escuro para melhor visualização.

Quadro 11 – Comparação dos resultados das investigações versus resultados apurados no trabalho.

Resultados das investigações versus resultados apurados no trabalho

Impactos do SCD/E para a prática de enfermagem:	Resultados apurados neste trabalho (SCD/E e SAPE [CIPE])
Impactos do trabalho em função das necessidades do doente. - Organização do trabalho em função das necessidades do doente. - Avaliação da evolução do doente. - Cria hábitos de análise, discussão e avaliação dos resultados. - Uniformização da linguagem. - Cuidados integrais. - Interacção enfermeiro/doente/família. - Melhora a comunicação na equipa. - Favorece a definição de medidas correctivas. Impactos do sistema para a Gestão: - Programar os recursos humanos em função das necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo o padrão de qualidade. - Avaliar a qualidade dos cuidados prestados através de indicadores de resultados. - Identificar necessidades de formação. - Avaliar o desempenho dos enfermeiros com maior objectividade. Impactos do sistema para a profissão. - Visibilidade da profissão, porque evidencia as actividades específicas da profissão. - Definição do conteúdo funcional dos enfermeiros. - Identifica com rigor as necessidades em recursos de enfermagem.	Contributos dos sistemas para a enfermagem: Prestação de cuidados: - Aplicação do processo de enfermagem. - Organização do trabalho com base no método individual de trabalho ou de enfermeiro de referência. - Realização dos diagnósticos de enfermagem, prescrições de enfermagem e avaliação dos resultados. - Elaboração do plano de cuidados/planeamento do trabalho. - Desenvolvimento das capacidades de raciocínio, decisão. - Destaque para as acções /intervenções autónomas de enfermagem. - Atenção nos problemas do doente. - Maior interacção enfermeiro/doente/família. - Actualização do plano de cuidados. - Uniformização das práticas. - Utilização de uma linguagem padronizada. - Reflexão sobre as práticas. - Continuidade dos cuidados. - Autonomia do enfermeiro. - Avaliação do trabalho (SCD/E – auditorias internas e externas). Linguagem: - Facilidade de leitura e compreensão. - Uniformização das práticas. - Facilidade na escrita e na comunicação oral. - Linguagem científica, conceitos próprios de

Resultados apurados no estudo de PAIVA (2000) sobre “Sistemas de Informação em Enfermagem (SAPE [CIPE]) – uma teoria da mudança”. ■ Contributos do sistema para a enfermagem (consultar pp.78-79): ■ Realização do plano de cuidados. ■ Conhecimento do doente e identificação dos seus problemas. ■ Individualização dos cuidados. ■ Avaliação do trabalho. ■ Continuidade dos cuidados. ■ Aumento da responsabilidade/autonomia do enfermeiro. ■ Informação: ■ Acesso rápido ao plano de cuidados. ■ Facilidade na consulta. ■ Conhecimento global da evolução do doente. ■ Comunicação: ■ Melhor comunicação entre a equipa. ■ Mais discussão nas passagens de turno sobre os cuidados de enfermagem. ■ Mais discussão em torno da prática. ■ Linguagem: ■ Linguagem comum, mais fácil interpretar. ■ Facilidade de leitura dos registos. ■ Uniformização das práticas. ■ Registos: ■ Diminuição da probabilidade de erros/omissões. ■ Reduz a duplicação da informação. ■ Registos organizados. ■ Registos mais claros objectivos. ■ Formação: ■ “Obriga” a mais estudo. ■ Permite detectar lacunas de formação.	enfermagem. ■ Comunicação: ■ Melhoria da comunicação entre os enfermeiros. ■ Espaços de discussão sobre as práticas e sobre os problemas do doente. ■ Melhoria das relações entre o grupo enfermeiros. ■ Articulação entre serviços e outras instituições de saúde. Informação: ■ Acesso rápido ao plano de cuidados. ■ Fácil visualização do plano de cuidados. ■ Acesso rápido à informação. ■ Registos: ■ Registos claros, concisos e objectivos registados numa linguagem científica. ■ Documentação de todas as actividades de enfermagem realizadas. ■ Evita omissões/duplicação da informação. ■ Visibilidade do trabalho do enfermeiro. ■ Formação: ■ Detecta lacunas de formação. ■ Incentiva ao estudo/formação. ■ Fomenta a investigação/produção de indicadores. ■ Gestão: ■ Fomenta uma gestão participativa. ■ Adequação dos recursos de enfermagem segundo o grau de dependência dos doentes em cuidados de enfermagem. Redução da sobrecarga de trabalho/melhores cuidados de enfermagem. ■ Estabelecer uma política de mobilidade. ■ Avaliação dos custos em cuidados de enfermagem. ■ Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. ■ Quantificação dos actos de enfermagem. ■ Avaliação do desempenho dos enfermeiros prestadores.
--	---

Resultados apurados no estudo de SOUSA (2005) sobre: “Modelo de partilha de informação entre duas unidades de saúde: Hospital e Centro de Saúde”.

■ **Contributos do sistema para a enfermagem:**

- Aumento do número de diagnósticos de enfermagem e de intervenções de enfermagem.
- Sistematização dos cuidados de enfermagem.

■ **Linguagem:**

- Utilização de uma classificação de enfermagem, oportunidade para reflectir sobre as práticas.

■ **Registos:**

- Documentação das actividades de enfermagem.
- Informação de qualidade.
- Valorização da documentação das actividades de enfermagem.
- Diminuição da duplicação da informação.

■ **Para a gestão:**

- Produção de indicadores.

■ **Para a profissão:**

- Visibilidade do trabalho de enfermagem.

■ **Profissão:**

- Visibilidade do trabalho de enfermagem.
- Sistema arquitectado por enfermeiros direccionado para as natividades de enfermagem.

■ **Desvantagens:**

- Falta de informatização dos serviços.
- Dificuldades na operacionalização do programa CIPE e na utilização da linguagem CIPE que inicialmente ocupa muito do tempo dos enfermeiros.
- Existência de poucos computadores nos serviços que dificulta o trabalho dos enfermeiros, levam mais tempo a registar.

Resultados dos estudos realizados por ADAMSKI & HAGEN sobre a implementação dos sistemas informáticos em enfermagem (1993):

- Diminuição da carga de trabalho.
- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
- Melhoria das relações interpessoais.
- Melhoria no campo da comunicação.
- Apoio à gestão.
- Redução do tempo do enfermeiro a registar, mais tempo para outras actividades.

Tendo em consideração as limitações e/ou desvantagens apontadas pelos entrevistados no que tange à utilização dos SIE no quotidiano laboral, no capítulo seguinte elabora-se propostas de acção que possam contribuir futuramente para uma utilização mais eficaz dos SIE nos locais de trabalho.

Porém, ainda antes do capítulo de propostas de acção, gostaríamos de frisar o nosso interesse em continuar a programar e realizar estudos aprofundados, sobretudo na área da infecciologia em virtude de constituir actualmente o nosso campo de trabalho.

Especificamente, pretende-se abordar temáticas relacionadas com as doenças infecciosas emergentes e com a infecção HIV/SIDA, preferencialmente nas comunidades africanas. Actualmente estamos a elaborar um estudo sobre a infecção HIV/SIDA no mundo laboral português.

CAPÍTULO VI
RECOMENDAÇÕES

6. RECOMENDAÇÕES

A informatização dos serviços de saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde. A entidade responsável pela Rede de Informação é o Instituto para a Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIF). Esta entidade deu início à instalação do sistema em 1995 nas delegações de Lisboa, Coimbra e Porto, sendo gradualmente alargada às diferentes instituições de saúde do país.

Foram criados sistemas informáticos para auxiliar os profissionais de saúde no seu trabalho. Para a medicina destaca-se o sistema SAM (Sistema de Apoio à prática Médica) e para a enfermagem o sistema SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

No sector da enfermagem, integrado no Programa “Sistemas de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde – SIGSS”, foi desenvolvido o Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E), implementado nos hospitais portugueses a partir de 1987. Nos anos 90, foi criado o sistema SAPE.

O sistema SCD/E e o sistema SAPE foram criados por enfermeiros portugueses com o apoio do IGIF. O SAPE tem por base a linguagem CIPE, a qual foi adaptada à documentação dos cuidados de enfermagem.

A instalação e a resolução de eventuais problemas ou falhas que ocorram nestes sistemas estão dependentes do IGIF, o que provoca alguns atrasos. Por outro lado, a situação é agravada por não haver preparação de técnicos de informática para lidar com estas ferramentas nas instituições de saúde.

Acresce, ainda, que não existe um número suficiente de computadores nos serviços em que o sistema está a funcionar, o que dificulta e atrasa o trabalho destes profissionais, que ocupam o tempo que poderia ser disponibilizado para o doente/família ou outras actividades com o sistema.

Por outro lado, os profissionais de enfermagem demonstram dificuldades na utilização da linguagem CIPE. Na fase inicial do processo de implementação nos

serviços todos os enfermeiros são formados para lidar com o programa e com a linguagem, mas a complexidade dos conceitos dificulta a sua operacionalização.

A não instalação do SAPE em todos os serviços de internamento, à excepção de dois dos hospitais estudados que já tinham o sistema instalado em todas as unidades de internamento, também não ajuda o trabalho de enfermagem. Verificou-se, por exemplo, que em alguns serviços, devido à ausência de computadores, o sistema SAPE estava a ser aplicado em suporte de papel, o que contribui para um maior dispêndio de tempo em registos e menor tempo de prestação de cuidados.

A articulação entre serviços encontra-se também comprometida dado que a não informatização de todos os serviços não facilita o processo.

Outra dificuldade apontada pelos inquiridos é o desconhecimento das potencialidades do sistema SAPE, com base na linguagem CIPE e dos resultados do sistema para a enfermagem. Tal facto deve-se à não homogeneização do processo de implementação do sistema nos hospitais portugueses.

A partir das evidentes dificuldades surgidas, propõe-se um plano de acção que procura equacionar a relação entre qualidade dos cuidados, satisfação profissional e sistemas de informação. Para garantir a igualdade de acesso e de oportunidades de todos os enfermeiros na utilização do sistema, no desenvolvimento do conhecimento da linguagem CIPE, das potencialidades do sistema, e de boas práticas, delineia-se o plano de acção que se seguidamente se apresenta.

Linhas Directrizes de Acção

1. Política de Investimento

ACÇÃO	
1.	Sensibilização dos administradores hospitalares para a disponibilização de verbas destinadas à informatização gradual dos serviços durante os próximos 2 anos, no sentido de dotar os serviços com o equipamento informático necessário ao desenvolvimento dos programas informáticos, com base na relação custo-benefício para as organizações a médio e a longo prazo.
2.	Investir na implementação do programa SAPE [CIPE], por parte dos hospitais, visando a uniformização da linguagem CIPE, a criação de um banco de dados que permita obter indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem a nível nacional, no sentido de possibilitar a comparação de dados que permitam determinar por parte das administrações hospitalares a nível micro e do Ministério da Saúde a nível macro os custos em cuidados de enfermagem, e instituir uma política de <i>benchmarking</i> .

2. Formação Profissional

ACÇÃO	
1.	Realizar acções de formação em informática no âmbito da programação, manutenção e funcionamento do <i>software</i> informático ao grupo informático das instituições de saúde, na fase que antecede a implementação do sistema nos hospitais, pelo IGIF.
2.	Realizar acções de formação teórico-práticas sobre a CIPE com o apoio do grupo responsável pela implementação dos SIE a todos os profissionais de enfermagem, independentemente de estarem ou não a utilizar o sistema, no sentido de os familiarizar com a linguagem CIPE e com o sistema aplicativo.

3. Redes de Apoio

ACÇÃO	
1.	Criar uma rede informática via intranet, entre o serviço informático do IGIF e o serviço informático dos hospitais utilizadores do sistema, para resolução de problemas de <i>software</i> , que ocorram.
2.	Criar uma rede de suporte informacional via intranet entre os serviços e o grupo coordenador do projecto para esclarecimento de dúvidas de âmbito operacional.

4. Grupos de Trabalho

ACÇÃO	
1.	Criar grupos de trabalho nas instituições de saúde utilizadoras do sistema, que façam o acompanhamento regular dos enfermeiros.
2.	Realizar reuniões semestrais e outras actividades similares entre os enfermeiros responsáveis pela coordenação do sistema a nível regional e os enfermeiros utilizadores dos sistemas a nível hospitalar, para esclarecimento de dúvidas e divulgação de outro tipo de informação relevante.

5. Investigação em Enfermagem

ACÇÃO

1.

Retirar diariamente 30 minutos nas passagens de ocorrências do turno da manhã, para discutir problemas relativos à prestação de cuidados e abordar situações da prática susceptíveis de serem investigadas, despertando a curiosidade e o interesse da equipa de enfermagem para a pesquisa/investigação.

6. Auditorias aos Sistemas de Informação

ACÇÃO

1.

Realizar auditorias externas aos hospitais utilizadores do sistema SAPE [CIPE] para avaliação do cumprimento ou não, dos requisitos inerentes à funcionalidade e operacionalidade do sistema por parte da organização e por parte dos enfermeiros utilizadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. C. – *Identidade, Formação e trabalho: Das Culturas Locais às estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Edições Educa e Sinais Vitais, 2001.

ADAM, E. – *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

ADAMSKI M. G., HAGEN, B. R. - Using Technology to Create a Professional Environment for Recruitment and Retention. *Nursing Administration Quartely*. Vol. 4, n.º 14 (1999) p. 32-37.

LEFEVRE, Rosalinda Alfaro – *Aplicação do Processo de Enfermagem – promoção do cuidado colaborativo*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

AFFARA F.; OGUISSO, T. – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Revista brasileira de Enfermagem*. Vol. 4, n.º 48 (1995) p. 423-435.

AMARAL, Luís; MAGALHÃES, Rodrigo; MORAIS, Carlos Campos; SERRANO, António; ZORRINHO, Carlos (Editores) – *Sistemas de Informação Organizacionais*. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

ALMEIDA, F. – *Organizações, Pessoas e Novas tecnologias*. Coimbra: Quarteto Editora, 2002.

ALMEIDA, J. F. de & PINTO, J. M. – *Metodologia das Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença, 1995.

ALMEIDA, M. C. P. de & ROCHA, S. M. de M. (Orgs.) – *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M. C. P. de & ROCHA, S. M. de M. (Orgs.) – *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.

AMARAL, D. do C. – Registos. *Servir*. Lisboa. Vol. 2, n.º 35 Jan. /Fevereiro (1987), p. 107-109.

- BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARNARD, Alan; SANDELOWSKI, Margaret - Technology and Humane Nursing Care: (In) reconcilable or Invented Difference? *Journal of Advanced Nursing*. N.º 32 (2001), p. 367-375.
- BARROS, A. de J. P. de; LEHFELD, N. A. de S. - *Projecto de Pesquisa: Propostas Metodológicas*. Petrópolis: Editora Vozes Lda., 1990.
- BASTOS, M. - Cuidados de Enfermagem em Portugal: o como e o porquê. *Servir*. Lisboa. Vol. 2, n.º 39 (1991), p. 75-80.
- BASTOS, M. - *Implementing change Professional behaviors*. Tese de Doutoramento em Psicologia Social das Organizações. Instituto Superior Ciências do Trabalho e Empresas – ISCTE, 1995.
- BASTOS, M. - *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros, 1998.
- BELL, J. - *Como realizar um projecto de investigação. Um guia para a pesquisa em Ciências Sociais da Educação*. Lisboa: Gradiva, 1997.
- BENTO, M. C. - *Cuidados e formação em enfermagem: que identidade*. Lisboa: Fim de Século, 1997.
- BENNER, P. - *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.
- BOGDAN, R. ; TAYLOR, Biklen, S. - *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.
- Boundon, R. - *Os Métodos em Sociologia*. Lisboa: Edições Rolim, 1990.
- BOURDIEU, Pierre - *O Poder simbólico*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.
- BOURDIEU, Pierre - *A miséria do mundo*. 3.ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. – *Análise de Dados em Ciências Sociais: Introdução às Técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Celta Editora, 1992.

BURESH, B.; GORDON, S. – *Do Silêncio à Voz*. 2.^a Edição. Coimbra: Quarteto Editora, 2004.

CALIXTO, M. de Fátima – *Opinião dos enfermeiros do Hospital Egas Moniz sobre a metodologia do Processo de Enfermagem*. Dissertação apresentada na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do IV Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem, 1995.

CARAPINHEIRO, Graça – *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 2.^a ed. Porto: Afrontamento, 1998.

CARMO, H.; FERREIRA, M. – *Metodologia de Investigação: guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CARMONA, L. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. – Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 1, n.º 32 (2002), p. 42-49.

CARPENITO, L. J. - *Diagnóstico de Enfermería*. 3.^a ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1992.

CARPENITO, L. J. – *Planos de cuidados de enfermagem*. 2.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

CARPENITO, L. J. – *Diagnóstico de enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 8.^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CASTELLS, M. – *A Sociedade em Rede: economia, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

CASTILHO, V. – A enfermeira vivenciando a formulação de conduta de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 3, n.º 3 (1992), p. 405-418.

CAVALCANTI, Marcos; GOME. S, Elisabeth; PEREIRA, André – *Gestão de empresas na sociedade do conhecimento: um roteiro para a acção*. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

CATARINO, Helena et al. – Enfermagem uma profissão autónoma: algumas considerações. *Servir*. Lisboa. Vol. 6, n.º 41 Nov. /Dezembro (1993), p. 301-305.

CHIAVENATO, I. – *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 6.ª Edição. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CIPE – *ICN Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Conselho Internacional de Enfermeiros – versão beta*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2000.

CLARCK, J. ; LANG, N. - Nursing's next advance: an international classification for nursing practice. *International Nurse Review*. Vol. 4, n.º 39 (1992), p. 12-28.

OHEN, Maria dos Anjos – *Metodologia da investigação em educação*. Odivelas: Instituto Superior de Ciências Educativas, 2004.

CONSELHO de Enfermagem – Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem e desenvolver os sistemas de informação em enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. N.º 14 (2004), p.8.

COHEN, D. – Não se fazem mais pirâmides como antigamente. *Revista Exame*. Lisboa. N.º13 Junho (1998), p. 90-92.

COLLIÈRE, F. – *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLLIÈRE, F. – *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2.^a Edição. Lisboa: Lusociência, 2003.

CONESA-HERNÁNDEZ, J. M. ; CALATRAVA, P. Moral de ; ALBERT- ESTEBAN, M. - *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método*. 2.^a ed. Espanha: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. , 2002.

COSTA, Jaime Celestino da – *Um Certo Conceito da Medicina*. Lisboa: Gradiva, 2001.

COSTA, M. A M.; ESTRINHO, M. de Guadalupe; SAMPAIO, M. J. (Orgs.) – *Processos e Percursos de Formação: balanço de um Projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde: DRH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 2000.

COSTA, M. C. C. – *Sociologia: introdução à ciência da sociedade*. São Paulo: Moderna, 1987.

CROZIER, M. ; Friedberg, F. *L'Acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977.

CRUZ, D. A. L. M. – Os diagnósticos de enfermagem no ensino e na prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 3, n.º 26 (1992), p. 427-434.

CRUZ, I. C. F. da – Diagnósticos de enfermagem e sua aplicação: revisão da literatura - *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 1, n.º 24 (1990), p. 149-162.

CRUZ, I. C. F. - Diagnóstico e Prescrições de Enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. *Texto & Contexto*. N.º 4 Jan. /Junho. USP (1995), p. 160-169.

CUNHA, Miguel Pina; Marcelino, Regina; Rego, Arménio – Na senda de elevados desempenhos. *Revista Dirigir: revista para chefias*. N.º 77/78 Jan. /Abril (2002), p. 25-30.

DANIEL, L. F. A. – *Enfermagem planejada*, São Paulo: EPU, 1981.

DANIEL, L. F. – *Atitudes interpessoais em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1983.

Daniel, L. F. – *Enfermagem: modelos e processos de trabalho*. São Paulo: EPU, 1987.

DELLAGNELO, Eloise Livramento; SILVA, Clóvis, L. Machado da – Novas Formas Organizacionais: Onde se Encontram as Evidências Empíricas de Ruptura com o Modelo Burocrático de Organizações? *O & S*. Vol. 19, n.º 7, Setembro/Dezembro (2000), p. 19-33.

D' HAINAUT, L. – *Conceitos e Métodos da Estatística*. Volume I e II. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1992.

DIAS Ana et al. – Registos de Enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol. 6, n.º6 (2001), p. 267-271.

DIGNEFFE, Luc Albarello, Hiernaux ; JEAN-PIERRE, Ruquoy ; GEORGES, P. de Saint – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais: trajectos*. Lisboa: Gradiva, 1997.

DONAHUE, M. Patrícia - *Historia de la enfermería*. Ediciones Doyma, 1993.

DUBAR, C. – *A Socialização*. Porto: Porto Editora, 1997.

DU GAS, B. – *Enfermagem Prática*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Intramericana, 1984.

DU GAS, B. – A arte de registar. In: *Enfermagem Prática*, 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

DURKHEIM, Emile – *A Divisão do Trabalho Social*, 3.ªed. Lisboa: Editorial Presença, 1991.

ENGLISH, Ian – A enfermagem como profissão baseada na investigação (22 anos após o relatório Briggs). *Nursing*. N.º 88 Maio (1995), p.18-22.

ÉVORA, Yolanda, D. M. – *Processo de informatização em enfermagem: orientações básicas*. São Paulo: EPU, 1995.

FERNANDES, N. C. S. – Processo de Enfermagem: um drama? *Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 6 Fevereiro (1996), p. 46-47.

FERRAZ, I. – Reflexão sobre a Importância da Comunicação Escrita em Enfermagem. *Servir*. Lisboa. N.º 5 (1992), p. 257-262.

FERREIRA, José Maria Carvalho – Novas tecnologias e Organização do Trabalho. *O & S*. Vol. 19, n.º 7 Setembro/Dezembro (2000), p. 91-108.

FLICK, U. – Métodos *Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor, 2005.

FIRBY, P.A.; LUKER, K. A. - Nurse's opinion of introduction of computer-assisted learning for use in patient education. *Journal of Advanced Nursin*. Vol. 8, n.º 16 (1991), p. 987-995.

FODDY, W. – *Como Perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora, 1996.

FORTIN, M. – *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

FOUCAULT, M. – *As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humana*. 5.^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FUNDAÇÃO Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e Trabalho – *Vias para a Participação tecnológica: Atitudes e Experiências*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1991.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A. Sawada; N. O. – O uso da informática na rede básica e hospitalar da cidade de Ribeirão Preto. *Revista Latina Americana de enfermagem*. Vol. 4, Número Especial (1996), p. 51-60.

GALVÃO, C. M.; TREVIZAN, M. A, Sawada; N. O. - A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 4, n.º32 (1998), p. 302-306.

GANDARA, M. M. SOUSA; M. O. - Reflexões sobre modelos teóricos e sua aplicabilidade. *Servir*. Lisboa. Vol. 3, n.º 38 Maio/Junho (1990), p. 118-121.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. ; SOUSA, M. C. M. - Validação das definições de termos identificados no Projecto CIPE©SC para o eixo Foco da Prática de Enfermagem da CIPE©. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 1, n.º 55 (2002), p.52-63.

GHIGLIONE, R., MATALON, B. – *O Inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora, 1993.

GIL, António, C. – *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, L. M. S. M. – Diagnóstico!...De Enfermagem? *Nursing*. N.º 106 (1996), p. 18-19.

GOMES, A. D. – Cultura Tecnológica e Cultura Organizacional. *Análise Psicológica*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada. N.º3 / 4 (1998), p. 475-491.

GOOSSEN, W. T. F. – Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*. Vol. 2, n.º 18 Abril/Junho (2000), p. 5-22.

GRAIS, G.; MARQUES, G.; SIMÕES, J. Amendoeira – A importância da Comunicação e dos Registos na Organização dos Cuidados. In: COSTA, M. A. M. ; MESTRINHO, M. de Guadalupe, 2000.

GRODIN, Louise.; LUSSIER, Rita, J.; PHANEUF, Margot; RIOPELLE, Lise – *Planificação dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

HAGUETTE, T. M. F. – *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 5.ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HARGREAVES, A. – *Os professores em tempos de mudança: o trabalho e a cultura dos professores na idade pós-moderna*. Portugal: McGraw-Hill, 1998.

HENRY, S. - Nursing Informatics: State of the Science. *Journal of Advanced Nursing*. N.º 22 (1998), p. 1182-1192.

HÉRBERT-M., Lessard; BOUTIN, G. G. – *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

HESBEEN, W. – *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000.

HESBEEN W. – *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – *Investigação por questionário*. 1ª.ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

HORTA, W. – *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

INTERNATIONAL Council of Nurses – Conselho Internacional de Enfermeiros – ICN CIPE/ICNP® – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* - versão Beta. Lisboa: Lusodidacta, 2000.

INSTITUTO de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF – *Relatório de Actividades: grupo de utilização da informática em enfermagem*. Coimbra: Ministério da Saúde, 2000.

INSTITUTO de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem. *Boletim Informativo*. N.º 3 (2000), p. 14-17.

INSTITUTO de Gestão Informática e Financeira da Saúde – IGIF – *Manual de Formação do Sistema de Classificação de Doentes em enfermagem (SCD/E)*. Lisboa: IGIF, 2005.

IYER, P. W. et al. – *Processo e Diagnóstico de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.193-203.

JACOBS, S. M.; Pelfrey, S. - Decision support systems: using computers to help manage. *Journal of Nursing Administration*. Vol. 6, n.º 22 (1995), p. 46-51.

JAVEAU, C. – *Lições de Sociologia*. Oeiras: Celta Editora, 1998.

JESUS, Élvio H. – *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2006.

KORN, Ruth; WIECZOREK, Rita Reis - Computerization of Standards and Patient Education Material. *Journal of Nursing Staff Development*. Vol. 6, n.º 11 (1995), p. 307-312.

KURCGANT, P. – *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991.

LEAL, Maria Teresa, *A CIPE® e a Visibilidade da Enfermagem. Mitos e Realidades*. Loures: Lusociência, 2006.

LEFEVRE-Alfaro, Rosalinda - *A Aplicação do Processo de Enfermagem – Promoção do Cuidado Colaborativo*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005.

LIMA, Licínio, C. et al. – *A Escola como Organização e a Participação na Organização Escolar*. Braga: Universidade do Minho, 1992.

LIMA, M. P. – *Inquérito Sociológico Problemas Metodológicos*. Lisboa: Editorial Presença, 1987.

LIMA, Sandra Maria Maciel de – Autonomia versus heteronomia impactos da tecnologia informacional sobre o trabalho na saúde. *Revista da FAE, Curitiba*. Vol.1, n.º 7 Jan. /Junho (2004), p. 103-118.

LOPES, M. J.; LOURENÇO, O. – Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações. *Análise psicológica*. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada. Vol. 4, n.º XVI (1998), p. 655-665.

LÓPEZ, M. – *O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte, ética*. Rio de Janeiro: EPU, 2001.

LOPES, N. – Que poderes em enfermagem. *Enfermagem em Foco*. Lisboa: sindicato dos Enfermeiros portugueses. N.º5 (1995), p. 10-11.

LOPES, N. M. – *Recomposição Profissional da Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

LOSEY, D. – *Processo e diagnóstico em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LOUREIRO, J. – *Gestão do Conhecimento*. Vila Nova de Famalicão: Centro Atlântico Lda., 2003.

LUCAS, Alexandre Juan – *O Processo de Enfermagem do Trabalho – a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional*. São Paulo: Iátria, 2004.

LUNA, S.V. de – *Planejamento de pesquisa: uma introdução*. 2.ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MACHADO M.H. (orgs.) - *Profissões de Saúde uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

Magalhães, Pedro – O Hospital do Futuro. Comunicação apresentada na conferência “Hospital do futuro: o futuro dos hospitais” Inserida no 1º debate dos ciclo de debates sobre o sistema de Saúde em Portugal realizado em Novembro, de 2004.

MARCONI, Marina. A.; Lakatos, Eva, M. - *Técnicas de Pesquisa*. 4.ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARIA, V. L. R. – Diagnóstico de enfermagem. *Revista Nursing*. Vol. 4, n.º 32 (2001), p. 11-13.

MARIN, Heimar, F. – *Informática em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1995.

MAROCO, J. – *Análise Estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

MARQUES, R. – *Ensinar valores, teorias e modelos*. Porto: Porto Editora, 1998.

MARQUES, M. I. D. – Percepção “Significativa” dos Cuidados de Enfermagem pelos Utentes Hospitalizados. *Revista Referência*. N.º 5 Novembro. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Ângelo Fonseca (2000), p. 5-63.

MARTINS, C. – A comunicação na Equipa de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 45 Novembro (2002), p. 43-46.

MASSAD, Eduardo; HEIMAR, de Fátima; MARIN, Raymundo Soares de; AZEVEDO Neto – *O Prontuário Electrónico do Paciente na Assistência, Informação e Conhecimentos Médico*. São Paulo, 2003.

MEDINA Moya JL. - Redescubrir el saber practico de la enfermera. *Revista Rol Enfermería*. Vol. 8, n.º 28 Julio/Agosto (2005), p.7-10.

MELO, C. – *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986.

MISSÃO para a Sociedade da Informação/Ministério da Ciência e da Tecnologia. Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal, 1997.

MCCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENDES, M. G. – *Ser Enfermeiro: Contributos para o estudo das representações dos estudantes da escola Superior de Enfermagem São João de Deus*. Dissertação apresentada na Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do 4º CPAE, 1995.

MENDES, L. A. C.; ANGERAMI, E. L. S.; PEDRAZZANI, J. C. – Análise Crítica do Processo Decisório de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.1, n.º 30 (1977), p.406-411.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. – Processo de Enfermagem: sequências no cuidar fazem a diferença. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 3, n.º6 Maio/Junho (2003), p. 271-276.

MENDES, A. M. S. – Autonomia ou funções autónomas? *Enfermagem em Foco*. Lisboa: sindicato dos Enfermeiros Portugueses. N.º 35 (1999), p. 11-15.

MENESES, M. T. P. N. C. – Autonomia do Enfermeiro: Realidade ou Utopia? *Pensar Enfermagem*. Lisboa: associação Portuguesa de cuidados Intensivos. Vol. 2, n.º 8 (2004), p. 38-41.

MINTZBERG, H. – *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

MORAES, J. H. S. – *Informações em enfermagem: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOTTA, F. C. P. – *Teoria das organizações. Evolução e crítica*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1986.

MOURA, G. M. S. S. de; MAGALHÃES, A. M. M. de; CHAVES, E. H. B. – O Serviço de Enfermagem Hospitalar: Apresentando este Gigante Silencioso. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 3, n.º 54 Julho/Setembro (2001), p. 482-493.

MOUREIRA, C. D. – *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade Técnica de Lisboa, 1994.

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de enfermagem Definições e Classificações*. Porto alegre: Artes Médicas, 2000.

NEWMAN, M. A. - Prevailing paradigm in nursing. *Nursing Outlook*. N.º 40 (1992), p.10-13.

NÓBREGA, M. M L.; BARROS, A. L. B. L. – Modelos assistenciais para a prática de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.1, n.º 54 (2004), p. 74-80.

OCHOA, V. K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. - Análise retrospectiva dos registos de enfermagem em uma unidade especializada. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 2, n.º 11 (2003), p. 184-191.

ORDEM dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. In: *Divulgar*, 2001

ORDEM dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. In: *Divulgar*, 2003.

ORDEM dos Enfermeiros – Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Suplemento n.º 13, Julho (2004), p. 3-21.

ORDEM dos Enfermeiros – Da ICNP® 1.0 à CIPE® 1.0. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. N.º 19 Dezembro (2005), p. 41-50.

PAIVA, A. S. – *Sistemas de Informação em enfermagem*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2000.

PEARSON, Alan; VAUGHN, Barbara – *Modelos de enfermagem para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS, 1992.

PEREIRA, A. – *SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para as ciências sociais e psicologia*. 4.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PEREIRA, F. – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem*. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, 2001.

PEREIRA, M. H.; GAGEIRO, J. N. – *Análise de Dados para as Ciências sociais: A Complementaridade do SPSS*. 3.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

PETRONILHO, F. – S.I.E – reformulação – implementação: que contributos para a reflexão e melhoria das práticas. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. N.º 48 (2003), p. 19-22.

PHANEUF, M. – *Planificação de Cuidados: Um sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001.

PIRES, D. – *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, A. L. O. – As novas Competências Profissionais. *Revista Formar*. Lisboa. N.º 10 (1994), p.4-19.

PITTA, A. – *Hospital. Dor e morte como ofício*. 2.^a ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

POLIT, D. F. H. B. P. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, LucVan – *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. Lisboa: Gradiva, 1992.

RAMALHÃO, M. A. – Os registos de enfermagem na prática de enfermagem. *Divulgação*. N.º 38 Abril (1996), p.31-42.

RASCÃO, J. – *Análise estratégica: Sistema de Informação para a Tomada de Decisão Estratégica*. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2001.

REBELO, M. – Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos? *Enfermagem*. N.º 10 (1998), p. 14-19.

REEVES, P. C. – Visão geral do processo de enfermagem. In GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. 4.ª ed. Porto alegre: Artes Médicas, 2000, p. 21-32.

REIS, Elizabeth – *Estatística multivariada aplicada*. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2001.

RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores, 1999.

RIBEIRO L. F. – *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995.

RIBEIRO L. F. – Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à ética. *Pensar Enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Cuidados Intensivos. Vol. 2, n.º 1 (1998), p. 4-10.

RODEIA, J. – Registos de enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol. 29, n.º 41 (1993), p. 89-94.

RORIZ, F.; FERNANDES, A. ; FERREIRA, J. – *Conceitos de Estatística Aplicada às Ciências Sociais, Humanas e de Gestão*. Maia: Instituto Superior da Maia, 2002.

SAIOTE, A. – *Registos de enfermagem: da teoria à prática*. Dissertação apresentada na

Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem, 1991.

SALE, D. – *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para os Profissionais da Equipa de Saúde*. Lisboa: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 1998.

SALGUEIRO, A. J. M. – A enfermagem amanhã. *Revista Nursing*. N.º 7 (1994), p. 8-10.

SAMPAIO, M. J. (Orgs.) – *Processos e Percursos de Formação: balanço de um projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde: DRH. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 2000.

SANTOS, J. M. O. Dos – *Parceria nos Cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2002.

SANTOS, S.R. dos – Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. Vol. 2, n.º 26 (1992), p. 137-154.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. 7.ª ed. Porto: Afrontamento, 1995.

SANTOS – A autonomia da profissão de enfermagem. *Enfermagem em Foco*. Lisboa: sindicato dos Enfermeiros Portugueses. N.º 32 (1998), p. 30-32.

SELLTIZ, C. et alli. - *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. 2.ª ed. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA, C. – Hospitais e saúde para todos no ano 2000. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. N.º 112 (1988), p. 26-38.

SILVA, G. B. – *Enfermagem Profissional Análise Crítica*. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

SILVA, Ricardo – A tomada de decisão. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. N.º 10 Outubro (2003), p. 30-32.

SILVA, R. Vidigal da; NEVES, Ana (Orgs.) – *Gestão de Empresas na Era do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

SILVA, V. E. F. – Mudanças em enfermagem. In KURCGANT, P. (cordenadora) *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991, p. 223-237.

SOUSA, M. A. – Portugal espaço em mudança que realidades para a enfermagem. *Enfermagem em Foco*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. N.º 22 (1996), p. 24-26.

SOUSA, P. – *O Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2005.

SOUZA, M. L. R. – O Hospital: um espaço terapêutico? *Revista Percurso*. N.º 9 (1992), p.27.

STUSSI, E. – A enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros*. N.º 1 (1985), p. 7-13.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D. R. – *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Lisboa: Lusociência, 2002.

TAYLOR, F. W. – *Princípios de Administração Científica*. 7.^a ed. São Paulo: Atlas, 1986.

TOMEY, Ann Marriner; ALIGOOD, Martha Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5.^a ed. Loures: Lusociência, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. – *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995.

TUBIANA, Maurice – *História da Medicina e do Pensamento Médico*. Lisboa: Editorial Teorema, 2000.

UTYAMA, I. K. A. et al. – O ensino do processo de enfermagem: opinião dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 4, n.º 43 (1990), p. 19-25.

VALA Jorge – Análise de Conteúdo. In SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (Orgs.) – *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, 1986, p. 120-128.

VALERIANO, M. J. – Os enfermeiros e as representações de enfermagem. *Servir*. Lisboa. Vol. 4, n.º 41 Julho/Agosto (1993), p. 170-220.

VEIGA, Maria Bárbara Soares, et al. – Sistema de classificação de doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem. *Enfermagem*. N.º 10 Outubro/Dezembro (1987), p. 13-18.

VEIGA, Maria Bárbara Soares; Abrantes, I. M. – O sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem no GDH 14 – Doenças Cerebrovasculares. *Servir*. Lisboa. Vol. 4, n.º 44 (1995), p. 193-198.

WAKE, Madeline; COENEN, Amy - Nursing Diagnosis in the International Classification for Nursing Practice (ICNP). *Nursing Diagnosis*. N.º 9 July-September (1998), p. 111-118.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. K. ; MEYER, D. E. – *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.7-30.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. K.; MEYER, D. E. – *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, p. 41-60.

WALDOW, V. – Examinando o conhecimento na enfermagem. In MYER, D. E. et al. - *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WALSH, J. – Era uma vez. *Nursing*. N.º 5 (1993), p. 21-23.

WATSON, J. – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002.

WILLIAMS, A. S. – *Estatística Aplicada à Administração e Economia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

WOODS, Peter – *Investigar a Arte de Ensinar*. Porto: Porto Editora, 1999.

YIN, R. K. – *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2.ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

YOSHIOKA, M. R., et al. – Classificação Internacional das Actividades de Enfermagem: uma amostra da realidade brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 3/4, n.º 6 (1993), p.258-265.

ZORRINHO, Carlos; SILVA, Paulo Resende da – Apontamentos fornecidos pelos docentes da disciplina de “*Gestão dos Sistemas de Informação da Saúde*” no I Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional da Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde e Universidade de Évora, 2003.

LEGISLAÇÃO

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro de 1996.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril de 1998.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Diário da República. Lisboa. N.º 257, I série A, de 8 de Novembro de 1991, p. 5723-5734.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Diário da República. Lisboa. N.º 257, I série A de 4 de Setembro de 1991.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Anexo do Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República. Lisboa. 1998.

SITES

ANA, AMERICAN NURSES ASSOCIATION - The scope of Practice of Nursing Informatics and the standards of Practice and Professional Performance for the Informatics Nurse Specialist. Expert panel (s.d.). [Consult. 20 de Abril 2005] Disponível em <http://www.ana.org>.

BEMMEL, V.J.H. – Handbook of Medical Informatics (1997). [Consult. 15 de Março 2005]. Disponível em <http://www.mieur.nl/mihandbook/r32/toc/toc0.htm#02>.

BRESSAN, F. – O Método de estudo de Caso Administração [Em linha]. Vol. 1, n.º 1 Janeiro/ Fevereiro/ Março (2000). [Consult. 22 de Junho 2005]. Disponível em http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm.

COMISSÃO NACIONAL de PROTECÇÃO de DADOS – Regulamento (2000). [Consult. Em 12 Abril 2005]. Disponível em <file:///C:/windows/TEMP/BFTCBIW3.htm>.

CORREIA, R.; Margarida, Ana - Segurança em Sistemas de Informação na Saúde (2003). [Consult. Em 12 de Abril 2005]. Disponível em <http://www.dcc.fc.up.pt/MI2004/seguranca.pdf>.

Costa, J, dos S. – Método de Prestação de Cuidados (s.d.). [Consult. Em 12 de Março 2005]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/19pdf>.

CROSSETTI, M. da G.O. et al. - A computerized Nursing Process Support System in Brazil. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. [Em linha]. Vol. 4, n. ° 14 Oct-Dec. (2003), p. 58. Philadelphia. [Consult. Em 22 de Abril 2005]. Disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=527020041&sid=5&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

CRUZ, I. C. F. - The implementing of the nurse process methodology: problems and perspectives. Brazilian Journal of Nursing. [Em linha]. Vol.1, n.º 1 (2000). [Consult. Em 15 de Março 2005]. Disponível em www.uff.br/nepae/objn101cruz.htm.

Dunn, S. et al. - Using nursing information systems to enhance quality service across multiple service providers. Australian health Review. [Em linha]. N.º 27 (2004), p. 8. [Consult. Em 22 de Abril 2005]. Disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=527020041&sid=5&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&Name=PQD>.

GORDON, M. - Nursing nomenclature and classification system development. Journal of Issues in Nursing. [Em linha]. (1998). [Consult. Em 15 de Março 2005]. Disponível em <http://www.nursingworld.org/ojin>.

GRAÇA, L. - Evolução do Sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica (2000). [Consult. em 18 de Maio 2005]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos/92.html>.

Graça, L. - História de enfermagem na Europa (2000). [Consult. em 18 de Maio 2005]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/Lgraca/texto63.html>.

ICNP® - International Classification for Nursing Practice. Bulletin. [Em linha]. (2000). [Consult. em 10 de Março 2005]. Disponível em <http://www.icn.ch/icnp>.

ICN - Internatoinal Classification for Nursing Practice. (1999-2005). [Consult. em 10 de Março 2005]. Disponível em <http://www.icn.ch/icnp>.

INSTITUTO de GESTÃO INFORMÁTICA e FINANCEIRA da SAÚDE – IGIF – Sistema de Informação para Unidades de Saúde – SINUS (2004). [Consult. em 10 de Março 2005]. Disponível em www.igif.min-saude.pt/upload/igif/img/BrevDesc.pdf.

JUNGER, Alain - A Bridge between Data and Language: the Swiss Nursing Information System Project, International Journal of Nursing terminologies and Classifications. [Em linha]. Vol. 4, n.º 14 Oct/Dec (2003), p. 27. Philadelphia. [Consult. em 22 de Abril 2005]. Disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=527020041&sid=5&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

LUNARDI, F. et al. - A prescrição de enfermagem computadorizada como instrumento de comunicação nas relações multiprofissionais e intra-equipa de enfermagem: relato de uma experiência. Revista Latina Americana de Enfermagem. [Em linha]. Vol. 3, n.º 5 (1997), p. 63-69. [Consult. em 12 de Abril 2005]. Disponível em www.eerp.usp.br/rlaenf.

North American Nursing Diagnosis Association: about NANDA, 2001, artigo acedido no endereço: (<http://www.nanda.org>), consultado em 10 de Abril de 2005.

SANTOS, António Almeida – Lei de protecção de dados pessoais. (1998). [Consult. em 10 de Abril 2005]. Disponível em [http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei 6798.htm](http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/lei%206798.htm).

SANTOS S.R. ; NÓBREGA, M. M. L. ; RODRIGUES, F. J. - Paradigm shift in the development of nursing information systems. Brazilian Journal Nursing. [Em linha]. Vol. 3, n.º 1 (2002). [Consult. em 10 de Abril 2005]. Disponível em www.uff.br/nepae/objn103santosetal.htm.

SIGULEM, Daniel – Introdução à Informática em Saúde. (1997). [Consult. em 30 de Março 2005]. Disponível em <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/infosaude>.

g

SIMPSON, R. L. - Information technology: foundation of the world-class organization. Nursing Management. [Em linha]. Vol. 8, n.º 29 Aug (1998), p 20-22. [Consult. em 22 de Abril, 2005]. Disponível em <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=527020041&sid=5&Fmt=3&clientId=23848&RQT=309&VName=PQD>.

SONHO, Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde (2004). [Consult. em 10 de Abril 2005]. Disponível http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/1B55859D-1CEB-4F8E-A45F-01F3C660D60/0/Plano_Nacional_Saude.pdf.