



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**PARTILHA DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE  
OS PRESTADORES DE CUIDADOS: Dimensão relevante  
para a transição de cuidados**

Paulo Manuel Dias da Silva Azevedo

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

UNIVERSIDADE DO PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**PARTILHA DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM SOBRE OS  
PRESTADORES DE CUIDADOS: Dimensão relevante para a  
transição de cuidados**

Dissertação de Candidatura ao grau de  
Mestre em Ciências de Enfermagem  
Submetida ao Instituto de Ciências  
Biomédicas de Abel Salazar da Universidade  
do Porto

Orientador – Professor Doutor Paulino Sousa  
Categoria – Professor Coordenador  
Afiliação – Escola Superior De Enfermagem  
Do Porto

PAULO MANUEL DIAS DA SILVA AZEVEDO

2010

## **Agradecimentos**

Ao Professor Paulino Sousa pela disponibilidade e ensinamentos preciosos, sem a sua ajuda este trabalho não teria sido possível.

Ao Amigo e Enfermeiro José António Fraga, pelos momentos que passamos a discutir a Enfermagem, também momentos de aprendizagem.

Aos Enfermeiros que proporcionaram a realização deste trabalho.

Á minha mãe, que sempre me incentivou.

Ao Rui, Beatriz e Cristina, o que de melhor tenho na vida.

## Resumo

As modificações sociais e demográficas, o aumento da eficácia na abordagem dos diferentes problemas de saúde, originam condições que modificam substantivamente as necessidades em cuidados. Simultaneamente, assiste-se a um aumento da esperança média de vida com o consequente aumento do número de pessoas idosas e muito idosas, perspectivando-se o aumento de pessoas em situações de vulnerabilidade e dependência, pelo que irá aumentar o número de pessoas que depende de alguém que assuma o papel de prestador de cuidados.

A pessoa que irá desempenhar o papel de prestador de cuidados, terá durante a hospitalização do familiar ou pessoa significativa, que adquirir um conjunto de competências cognitivas e instrumentais, que permitam cuidar da pessoa dependente de forma segura e eficiente.

Apesar dos estudos realizados, o exercício do papel de prestador de cuidados, continua a ser um foco de atenção que necessita de investimento, que permita incorporar mudanças na prática, uma vez que persiste um hiato no que se refere às necessidades educacionais e estratégias de ensino eficazes, permanecendo o conhecimento que detemos sobre os prestadores de cuidados e cuidado familiar, demasiado teórico (National Institute of Nursing Research, 2001).

As condições de saúde das pessoas dependentes de um cuidador, originam a necessidade da prestação de cuidados de enfermagem não só ao nível hospitalar, mas também ao nível dos cuidados de saúde primários, após ter acontecido a transição de cuidados entre os diferentes contextos.

A transição organizacional, que marca a passagem dos cuidados do contexto hospitalar, para o contexto dos cuidados de saúde primários e domiciliários, pode predispor a situações de stress e vulnerabilidade, sobretudo quando a continuidade de cuidados inter-organizacional acontece de forma fragmentada.

A introdução de sistemas de informação de enfermagem em suporte electrónico, tem sido apontada como uma via para melhorar a comunicação e interligação entre os cuidados hospitalares e domiciliários (Sousa, 2006). Para que tal possa acontecer, é essencial a posse de informação de qualidade, que espelhe as reais necessidades e seja partilhada em tempo real, de forma a possibilitar o acompanhamento e facilitar a continuidade dos cuidados.

Partindo de uma abordagem interpretativa, o presente estudo centrou-se na análise da informação partilhada entre o hospital e os centros de saúde, relativamente ao foco de atenção do papel de prestador de cuidados. Foi utilizada a análise documental e de conteúdo da documentação de enfermagem, tendo-se complementado os resultados, com a opinião dos enfermeiros dos centros de saúde sobre as dimensões da informação partilhada.

Da amostra analisada (97 casos), verificou-se a existência de continuidade do fluxo de informação em 48 casos e não foi possível fazer-se essa inferência nos restantes 49 casos, o que poderá ter influenciado a referenciação dos prestadores de cuidados que mais poderiam necessitar de acompanhamento, durante esta fase de transição do regresso do doente a casa e da transição para o papel de prestador de cuidados.

As opiniões fornecidas pelos enfermeiros contribuíram para uma percepção mais abrangente sobre a informação relacionada com o desempenho do prestador de cuidados. Se por um lado, consideram que a informação partilhada pode ter um contributo para a compreensão da preparação do regresso a casa, por outro lado, consideraram que a informação disponibilizada era pouco adequada para traduzir o grau de envolvimento e a aquisição de capacidades pelo prestador de cuidados.

Palavras-chave: Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem; Papel de Prestador de Cuidados; fluxo de informação; continuidade de cuidados; Transição de cuidados.

## **Abstract**

The social and demographic changes, increasing efficiency in addressing the various health problems, creates conditions that materially change the needs for care. Simultaneously, we are witnessing an increase in life expectancy with a consequent increase in the number of elderly and very elderly, looking ahead to increase of people in situations of vulnerability and dependence, so it will increase the number of people who depend someone to assume the role of caregiver.

The person that will play the role of caregiver, during the hospitalization of family member or significant person, will need to purchase a set of cognitive and instrumental skills that allow caring the dependent person safely and efficiently.

Despite the studies, the exercise of the caregiver role of care remains a focus of attention that needs investment, which allows to incorporate changes in practice, since there is still a gap regarding the educational needs and teaching strategies effective, leaving the knowledge we possess about health care providers and family care, too theoretical (National Institute of Nursing Research, 2001).

The health conditions of people dependent on a caregiver, creates the need for the provision of nursing care not only in hospitals but also at the level of primary health care, after the transition of care between different contexts.

The organizational transition, which marks the transition of care from the hospital, to the context of primary health care and home care, can lead to stress and vulnerability, especially when the continuity and inter-organizational care happens in a piecemeal fashion.

The introduction of nursing information systems in electronic form has been implicated as a way to enhance the communication and interconnection between hospital and home care (Sousa, 2006). For this to happen, it is essential the possession of quality information, which reflects the real needs and is shared in real time in order to allow effective monitoring and facilitating continuity of care.

From an interpretative approach, this study focused on the analysis of information shared between the hospital and health centers, for the focus of Caregiver Role. It was used the document and content analysis of nursing documentation, and the results were complemented with the views of nurses in primary health care on the extent of information shared.

The sample analyzed (97 cases), it was found that there were continuous flow of information in 48 cases and was not possible to make this inference on the remaining 49 cases, which may have influenced the referral of careers who could require monitoring during this transition phase of returning the patient's home and the transition to the Caregiver Role.

The views provided by nurses contributed to a comprehensive understanding on the information relating to the performance of care providers. On one hand, they consider that the information shared may have a contribution to the understanding of the preparation of returning home, however, they considered also, that the information provided was not adequate to reflect the degree of involvement and acquisition of skills by the care provider.

Keywords: Nursing Information Sharing System; Caregiver role; flow of information; continuity of care; transition care.

| <b>Índice de Tabelas</b>                                                                                                                                                 | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabela 1 – Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem: momento da alta hospitalar                          | 97          |
| Tabela 2 – Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem: momento do primeiro contacto após a alta hospitalar | 98          |
| Tabela 3 – Domínios dos Tipos de Acção de Enfermagem dirigidas ao prestador de cuidados no momento da alta                                                               | 99          |
| Tabela 4 – Domínios dos Tipos de Acção de Enfermagem dirigidas ao prestador de cuidados no momento do primeiro contacto após a alta hospitalar                           | 99          |
| Tabela 5 – Tempo associado profissional dos enfermeiros                                                                                                                  | 107         |
| Tabela 6 – Frequência de utilização do SPIE para efeitos de planeamento                                                                                                  | 107         |
| Tabela 7 – Prioridades estabelecidas pelos enfermeiros dos centros de saúde e unidades de saúde familiar quando acedem à informação partilhada                           | 111         |

| <b>Índice de Quadros</b>                                                                                                                             | <b>Pág.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Quadro 1 – Requisitos de estrutura e funcionamento do sistema<br>De partilha de informação de enfermagem interinstitucional                          | 32          |
| Quadro 2 – Distribuição dos doentes no momento da alta                                                                                               | 90          |
| Quadro 3 – Atribuição como foco de atenção principal ao<br>Papel de Prestador de Cuidados: no momento da alta hospitalar                             | 91          |
| Quadro 4 – Atribuição como foco de atenção principal ao<br>Papel de Prestador de Cuidados: no momento após a alta hospitalar                         | 91          |
| Quadro 5 – Principais domínios dos focos de atenção de<br>enfermagem partilhados no momento da alta hospitalar                                       | 94          |
| Quadro 6 - Principais domínios dos focos de atenção de<br>enfermagem partilhados no momento do contacto após<br>a alta hospitalar                    | 95          |
| Quadro 7 – Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos<br>de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem                               | 95          |
| Quadro 8 – Áreas do conhecimento sobre o prestador de<br>cuidados documentadas com o status de não demonstrado<br>no momento da alta                 | 101         |
| Quadro 9 – Áreas da aprendizagem de habilidades sobre o<br>prestador de cuidados, documentados com o status de não<br>demonstrado no momento da alta | 102         |
| Quadro 10 – Vantagens do SPIE referidas pelos enfermeiros<br>dos centros de saúde                                                                    | 109         |
| Quadro 11 – Desvantagens do SPIE referidas pelos enfermeiros<br>dos centros de saúde                                                                 | 109         |
| Quadro 12 – Áreas de melhoria referidas pelos enfermeiros<br>do centro de saúde                                                                      | 117         |

| <b>Índice de Gráficos</b>                                                                                                                                                   | <b>Pág.</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Gráfico 1 – Opinião dos enfermeiros relativamente à facilitação da articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários                              | 108         |
| Gráfico 2 – Opinião dos enfermeiros relativamente à compreensão da evolução de situações que requerem cuidados de enfermagem através da consulta do SPIE                    | 108         |
| Gráfico 3 – Opinião dos enfermeiros sobre a informação disponibilizada pelos enfermeiros do hospital sobre o prestador de cuidados para efeitos de continuidade de cuidados | 109         |
| Gráfico 4 – Facilitação da compreensão da preparação do regresso a casa, efectuada ao nível hospitalar através da consulta do SPIE                                          | 111         |
| Gráfico 5 – Adequação da informação no SPIE relativamente ao grau de envolvimento do prestador de cuidados no processo de cuidados                                          | 112         |
| Gráfico 6 – Adequação da informação no SPIE como reflexo da evolução do prestador de cuidados em relação à aprendizagem de habilidades                                      | 114         |
| Gráfico 7 – Adequação da informação no SPIE que espelhe a evolução do prestador de cuidados em relação ao desenvolvimento de capacidades cognitivas                         | 112         |
| Gráfico 8 – Adequação da informação no SPIE que permita planear estratégias de continuidade de cuidados que suportem as actividades do prestador de cuidados                | 115         |

| <b>Índice de Figuras</b>                                                                                                                             | <b>Pág.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Figura 1 – Modelo interactivo dos sistemas sociotécnicos                                                                                             | 12          |
| Figura 2 – Modelo de sucesso dos Sistemas de Informação                                                                                              | 25          |
| Figura 3 – Modelo de avaliação de Sistemas de Informação                                                                                             | 25          |
| Figura 4 – Sequência dos elementos para a tomada de decisão apoiados num ambiente informacional                                                      | 39          |
| Figura 5 – Necessidades de informação e a sua adequação à comunicação verbal                                                                         | 48          |
| Figura 6 – Modelo de Transições: uma teoria de médio alcance                                                                                         | 55          |
| Figura 7 – Modelo de análise da informação no segundo momento do estudo                                                                              | 84          |
| Figura 8 – Norma ISSO 18104 (Modelo de terminologia de referência Para os diagnósticos de enfermagem)                                                | 93          |
| Figura 9 – Dimensões de focos de atenção associados à condição do doente que determina diagnósticos de enfermagem centrados no prestador de cuidados | 93          |

| <b>Índice</b>                                                                                                | <b>Pág.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Introdução</b>                                                                                            | 3           |
| <b>Capítulo 1: Sistemas de Informação em Enfermagem</b>                                                      | 3           |
| 1.1. Sistemas de Informação em Enfermagem                                                                    | 8           |
| 1.2. Problemáticas dos Sistemas de Informação e Enfermagem                                                   | 14          |
| 1.3. A Enfermagem e os sistemas de informação electrónicos                                                   | 17          |
| 1.4. Desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem                                                | 22          |
| 1.5 Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem                                                          | 30          |
| <b>Capítulo 2: Informação, conceito e implicações</b>                                                        | 34          |
| 2.1. Do valor estratégico da informação e dos processos de mudança                                           | 34          |
| 2.2. Informação: que conceito para a enfermagem                                                              | 34          |
| 2.3. Informação e Tomada de Decisão em Enfermagem                                                            | 37          |
| 2.4. Informação e promoção da transição de cuidados                                                          | 46          |
| <b>Capítulo 3: Transições, contributos para a trajectória dos cuidados de enfermagem</b>                     | 53          |
| 3.1. O conceito de transição                                                                                 | 53          |
| <b>Capítulo 4: Enquadramento Metodológico</b>                                                                | 61          |
| 4.1. Justificação do estudo                                                                                  | 61          |
| 4.1.1. Informação sobre o Papel de Prestador de Cuidados:<br>um aspecto particular da informação a partilhar | 66          |
| 4.2. Questões de investigação e finalidades do estudo                                                        | 73          |
| 4.3. Paradigma da investigação                                                                               | 75          |
| 4.4. O contexto                                                                                              | 81          |
| 4.5. Momentos do estudo                                                                                      | 83          |
| 4.6. Técnicas de recolha e tratamento dos dados                                                              | 85          |
| <b>Capítulo 5: Análise Interpretação e Discussão dos Dados</b>                                               | 89          |
| 5.1. Documentação sobre o papel de Prestador de Cuidados no SPIE                                             | 89          |

|                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.2. Opinião dos Enfermeiros sobre o SPIE e a informação partilhada |            |
| Sobre o Papel do Prestador de Cuidados                              | 104        |
| 5.3. Discussão dos resultados                                       | 117        |
| <b>Considerações finais</b>                                         | <b>133</b> |

## Introdução

*“Sendo todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediatas e imediatas, e todas elas mantidas por um elo natural e insensível, que interliga as mais distantes e as mais diferentes, considero impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, assim como conhecer o todo sem conhecer, particularmente as partes ...”*

Blaise Pascal, Filósofo e Matemático, Século XVIII

-----

O presente trabalho emerge na sequência de um estudo de investigação, realizado no âmbito do XIII Mestrado em Ciências da Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar e é fruto de um percurso em que se procurou a aquisição e o desenvolvimento de competências necessárias à implementação de um processo de investigação. Na realidade, é investigando que se aprende a investigar, todavia, este processo, especialmente para quem nele se inicia, não é de todo simples e linear. Envolve a escolha de um trajecto e de metodologias adequadas ao estudo dos fenómenos em análise, nem sempre consensuais na literatura. Assim este relatório, procura transmitir de forma leal e rigorosa, o trajecto escolhido, tendo em consideração o enquadramento teórico e metodológico e as conclusões obtidas face ao paradigma de investigação adoptado.

Dos percursos de investigação possíveis, uma investigação direccionada para a “descoberta da verdade” e modelos explicativos universais, ou mais centrada nas situações da prática e da acção, partindo da sua descrição e compreensão, em que os resultados fornecem um contributo para a reflexão sobre as práticas, optou-se pela segunda, em virtude de se considerar que este pode ser um caminho útil para o questionamento e análise dos saberes que se inscrevem na acção e portanto nas problemáticas próprias da disciplina.

A evolução para alguns consensos em relação aos conceitos fundamentais do seu domínio, permitem hoje afirmar, que a enfermagem toma como foco de estudo as respostas humanas aos processos de vida e de transição, dando-se ênfase à

necessidade de desenvolvimento da teoria, como suporte de um exercício profissional mais assente num processo reflexivo e de concepção de cuidados. Neste momento, importa ainda realçar, que face às modificações sociais e demográficas dos países europeus e de Portugal em particular, bem como ao aumento da eficácia na abordagem dos diferentes problemas de saúde dos cidadãos e populações, estão hoje criadas condições, que vêm modificar substantivamente as necessidades em cuidados de saúde, dando assim origem à urgência de se repensarem os modelos de exercício actualmente em uso e à emergência de novos desafios e possibilidades de desenvolvimento.

Assiste-se hoje a um aumento da esperança média de vida com o consequente aumento do número de pessoas idosas e muito idosas (com mais de 80 anos), prevendo-se que o seu número continue a subir, perspectivando-se assim o aumento de pessoas em situações de vulnerabilidade e dependência. Se a estas condições, se adicionar o aumento de pessoas com doenças crónicas, com necessidade de gestão da sua condição de saúde, de regimes terapêuticos complexos e de prevenção e despiste de complicações, percebe-se que o número de pessoas que irá depender de outros para a gestão destes processos, tem também tendência a aumentar. Esses cuidados, normalmente assegurados por um membro da família, que exerce o papel de prestador de cuidados, envolve já hoje um número considerável de pessoas e tem um peso económico significativo nas economias nacionais, prevendo-se que a sua frequência continue a subir.

Num ambiente de crescente racionalização dos recursos económicos, onde são introduzidas políticas que favorecem a diminuição do tempo de internamento hospitalar, com a consequente passagem de cuidados que até agora se realizavam quase exclusivamente em meio hospitalar, para o contexto dos cuidados de saúde na comunidade, emerge a necessidade de se garantir a continuidade de cuidados interinstitucional, de forma a proporcionar às pessoas dependentes e aos seus prestadores de cuidados, as condições necessárias para que os cuidados sejam prestados em segurança e se evitem complicações como o reinternamento da pessoa dependente, por agravamento da sua condição de saúde e ao desenvolvimento de complicações evitáveis devido à não preparação do prestador de cuidados para fornecer uma resposta adequada em contexto familiar, ou ao desenvolvimento de sobrecarga e stress do prestador de cuidados.

O momento da alta hospitalar é um acontecimento que marca o processo de regresso a casa e onde os cuidados ao nível hospitalar se transferem para o

domicílio, contribuindo para a ocorrência de situações de vulnerabilidade, incerteza e predisposição à ocorrência de eventos adversos. Para tentar diminuir os problemas encontrados, têm sido propostos modelos de actuação (Coleman, 2004; American Geriatrics Society, 2007), que advogam o envolvimento activo da pessoa dependente e do seu prestador de cuidados na fixação de objectivos alcançáveis, o seu acompanhamento por profissionais treinados e a efectiva comunicação entre estes, nos diferentes níveis de cuidados.

Proporcionar ajuda às pessoas na gestão dos seus processos de transição constitui para alguns autores o foco dos cuidados de enfermagem (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000; Meleis, 2005 a). A compreensão das transições e do seu sentido, das suas condições facilitadoras e/ou inibidoras e dos padrões de resposta, proporciona um enquadramento, que permite perspectivar como este processo afecta os processos de vida das pessoas e a objectivação de resultados em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, são múltiplas as transições vivenciadas quer pela pessoa que se encontra dependente dos cuidados de outra, em geral alguém da sua família, quer pela pessoa que assume o papel de prestador de cuidados, as quais se entrecruzam e influenciam, dando origem a vivências que não podem ser dissociadas.

Apesar dos inúmeros estudos que caracterizam as actividades desenvolvidas, a condição de saúde do prestador de cuidados devido ao exercício desse papel e as diferentes respostas familiares face à doença crónica e de situação de dependência de um familiar, continua a assistir-se hoje em dia à ausência de respostas adequadas às suas necessidades, especialmente devido à falta de profissionalização do processo de regresso a casa (Padilha, 2006; Petronilho, 2006). Continuam a prevalecer situações de pessoas que vivenciam múltiplas transições e para as quais as respostas oferecidas em matéria de cuidados de saúde não são adequadas, motivando a não compreensão desses processos e a não facilitação de transições saudáveis. Em conferência realizada pelo Global Health Council em 2005 e subordinada ao tema “Health Systems: Putting Pieces Together”, Meleis (2005 b), reflectindo sobre a situação de saúde no mundo, concluía que estamos numa situação de crise, sendo uma das suas causas, a desvalorização da importância social dos prestadores de cuidados e da família, enquanto espaço de prestação desses cuidados.

A fragmentação de cuidados, surge então como uma preocupação dos sistemas de saúde e das organizações, que procuram implementar modelos de organização e de prestação, facilitadores da continuidade de cuidados, surgindo a introdução na prática clínica de sistemas de informação em suporte electrónico, como uma medida a considerar para facilitar a continuidade de cuidados interinstitucional (Hellesø, & Lorensen, 2005; Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005 a; Sousa, 2006; Pereira, 2007).

A contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde para a inovação, não pode significar fazer as mesmas coisas com instrumentos diferentes, mas antes fazer coisas novas alicerçadas numa visão diferente, que permita trazer o conhecimento actual para a melhoria dos cuidados de saúde. É neste intuito que a análise dos processos de mudança adquire sentido, uma vez que estes, ao nível organizacional, se revestem de uma complexidade nem sempre evidente, tornando-se necessário o entendimento da ligação que se estabelece entre o pensar e o fazer a enfermagem (Basto, 1998), a qual se aplica também quando se fala na documentação dos cuidados de enfermagem em suporte electrónico, especialmente quando se aborda um fenómeno complexo como a partilha de informação entre contextos de cuidados de saúde.

Efectivamente, a dissonância entre a percepção da informação necessária entre diferentes contextos, tem vindo a ser referida como um aspecto a considerar na implementação de Sistemas de Informação em Enfermagem (Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005 b), pelo que assumindo que a gestão do recurso informação se reveste de importância para fundamentar o processo de tomada de decisão, se torna importante a clarificação da informação necessária para assegurar a continuidade informacional. Concomitantemente, a disponibilização de informação, tem como finalidade a produção de conhecimento, constituindo este um capital de enriquecimento dos profissionais e das organizações, possibilitando portanto a melhoria da gestão das organizações e da saúde das populações.

Considerando o anteriormente exposto e estando implementado no contexto onde decorreu este estudo, um Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem (Sousa, 2006), pretendeu-se conhecer a informação de enfermagem partilhada entre contextos de cuidados de saúde e o contributo dessa informação, na implementação de estratégias de continuidade assistencial, procurando também clarificar aspectos inerentes à sua pertinência, qualidade e adequação, em função

dos objectivos dos cuidados de enfermagem a prestar, num contexto que permita propor melhorias que favoreçam um melhor e mais rápido serviço aos cidadãos.

Alicerçado num paradigma de investigação qualitativo, o presente estudo enquadra-se na área de interesse dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), mais concretamente na partilha de informação entre contextos de saúde, tendo como ponto de partida a noção de que hoje em dia é possível em determinados contextos de prestação de cuidados de enfermagem, encarar a informação contida nos SIE como um recurso estratégico, que pode contribuir para diminuir a fragmentação de cuidados a que se assiste e favorecer a continuidade de cuidados inter-organizacional. A análise dessa informação, permite também a construção de um quadro da realidade, que faz emergir áreas de actuação que até ao momento permaneciam na esfera do exposto e proporcionar a sua aproximação aos modelos em uso e a objectivação de resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A intervenção de enfermagem dirigida às pessoas que por inerência das circunstâncias, assumem o desempenho do Papel de Prestador de Cuidados, é uma dessas áreas, pelo que este foco da prática<sup>1</sup> foi o escolhido para centrar a análise de informação no SIE em uso no contexto onde decorreu o estudo.

Trata-se de um estudo descritivo simples, no qual se procura a obtenção de um perfil geral do fenómeno em análise e que teve como orientação da pesquisa, questões relativas à informação sobre o prestador de cuidados; do impacto da partilha de informação associada ao foco de atenção em estudo na prestação de cuidados de enfermagem e a percepção dos enfermeiros dos centros de saúde, relativamente à pertinência da informação partilhada, para a implementação de estratégias favorecedoras da continuidade assistencial. Pretendeu-se com a realização deste estudo, identificar o contributo dessa informação para a implementação de estratégias assistenciais e clarificar aspectos relacionados com a pertinência, qualidade e adequação da informação partilhada, no sentido de propor melhorias que permitam melhorar os fluxos informacionais e a sua contribuição para a continuidade de cuidados.

---

<sup>1</sup>Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão β2, o Foco da Prática de Enfermagem refere uma *“área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem”*.

# Capítulo 1: Sistemas de Informação em Enfermagem

*"We (re)invent technology, but technology also reinvents us"*

Sandelowski

---

Ao longo deste capítulo serão abordados aspectos que não dependendo exclusivamente do cariz técnico dos sistemas de informação, influenciam a sua utilização e desenvolvimento. Desde as relações entre os utilizadores (enfermeiros), as suas percepções e as implicações para o estabelecimento de parcerias de cuidados, como forma de se atingir uma maior centralidade nos clientes, analisam-se as problemáticas que influenciam a sua utilização e desenvolvimento. Faz-se também referência ao contributo dos sistemas de informação para a o desenvolvimento da reflexão sobre o processo de cuidados.

## 1.1. Implicação dos Sistemas de Informação para a Enfermagem

A problemática de como e porquê colher dados de forma sistemática, sobre os cuidados de enfermagem e a saúde das populações não é nova na disciplina. Com efeito, Florence Nightingale referia ser necessária essa sistematização e análise dos dados, como forma de tornar visíveis as condições de saúde das populações, os cuidados prestados e os recursos necessários. Neste sentido, Goossen (2000 a) argumenta que na era actual da informação, estas razões para documentar os cuidados de enfermagem se mantêm, o que mudou foi a necessidade de documentar e comunicar uma maior quantidade de dados, fruto do maior volume de cuidados prestados, bem como da sua crescente complexidade.

Na dinâmica do processo de cuidados, os enfermeiros fazem constantemente uso de informação que resulta desse processo. Essa informação, depois de interpretada é susceptível de ser transformada em conhecimento, o que poderá originar novas necessidades em cuidados de enfermagem.

O enfermeiro pode assim ser considerado como um gestor de informação (Silva, 2001). Todavia, a informação gerida pelos enfermeiros e que consta nos SIE, difere daquela que pode ser encontrada nos sistemas de informação em outros domínios de acção, o que em si mesmo tem implicações na construção desse

sistema. Torna-se portanto pertinente explicitar uma definição que oriente o entendimento sobre a matéria. Assim para efeitos desta dissertação utilizaremos a seguinte definição:

Sistema de Informação em Enfermagem é “(...) *uma parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida com aspectos de enfermagem, particularmente a manutenção de registos de enfermagem*”. (CEN/TC 251/Pt001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document cit. por Goossen, 2000 a, p.9).

No âmbito da prestação de cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular, as dificuldades encontradas na gestão de dados e informação resultantes da prestação de cuidados de enfermagem, têm originado que cada vez mais enfermeiros procurem a ajuda de sistemas informáticos que facilitem o registo e comunicação da informação sobre os clientes<sup>2</sup> (Goossen, 2000 a).

As particularidades da informação em enfermagem, a necessidade de compreender os fluxos dos dados e a sua transformação em informação e conhecimento e o seu impacto na enfermagem, estiveram na origem de um novo campo de investigação científica, designado por “*nursing informatics*” (Goossen, 1996), termo que iremos traduzir livremente para *informática em enfermagem*.

Podem ser encontradas na literatura diversas definições deste termo, inclusivamente diferentes definições dos mesmos autores ao longo do tempo, o que pode ser entendido como uma modificação das suas perspectivas, modificando-se o foco de atenção dos computadores em si, para a forma de aquisição e processamento de informação para criar conhecimento. Segundo Graves & Corcoran (1989), a matriz organizadora para o estudo da *informática em enfermagem*, deve partir de três premissas fundamentais: a) o fenómeno de estudo (dados, informação e conhecimento da enfermagem), b) distinção da informação em enfermagem e c) a sua relação com a ciência de enfermagem.

O International Council of Nurses (ICN), cita algumas definições como a da International Medical Informatics Association Nursing Informatics Special Interest Group de 1998, que refere a integração da enfermagem e a gestão da informação que produz, com o seu processamento e as tecnologias da comunicação com a finalidade de suportar os cuidados de saúde a nível mundial (ICN, 2007). No

---

<sup>2</sup>Será utilizada a expressão cliente para referir a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, no sentido que lhe é atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (2002).

entanto, para efeitos desta dissertação, adoptaremos a proposta por Goossen (2000 b, p. 25), que refere que a *informática em enfermagem* é a disciplina que se preocupa com o desenvolvimento, a utilização e avaliação dos sistemas de informação em enfermagem.

Não se trata aqui todavia, de transportar os conceitos gerais da informática para a enfermagem, mas antes situá-la no contexto próprio da enfermagem. Manifesta-se acordo com Walker & Avant (2005), quando referem que a base teórica tem sido frequentemente a ciência da informação e não a teoria de enfermagem. Consideramos que este campo do conhecimento, que segundo Marin (2005 a) surgiu em 1974 quando se iniciou a discussão sobre o impacto dos computadores na enfermagem, necessita cada vez mais de ter por base as teorias de enfermagem, fazendo uso dos conhecimentos oriundos de disciplinas como as ciências cognitivas, da computação e informação, tendo por finalidade a produção de informação de qualidade e em tempo útil, que suporte a melhoria da prestação de cuidados e a representação do conhecimento proveniente do domínio da enfermagem.

Adicionalmente, a introdução da informática no domínio da enfermagem, poderá contribuir para a tornar visível ao nível local, nacional e internacional, fornecendo informação que poderá influenciar decisões políticas (ICN, idem), pelo que se tem assistido à criação de associações a nível mundial, cujo foco de interesse é a *informática em enfermagem*.

Encontramo-nos portanto, perante um campo em franco desenvolvimento, encontrando-se a nível internacional diversas iniciativas. A este respeito, Marin (2005 b), cita numa edição especial de uma publicação dedicada a esta temática, diversos trabalhos provenientes de diferentes países, relacionados com a utilização das TIC (Tecnologias de Informação e Comunicação), como uma ferramenta para melhorar os cuidados de enfermagem, educação, investigação e gestão. Nas diferentes áreas de intervenção (acessória, ensino e formação, gestão, investigação e prestação de cuidados), a *informática em enfermagem*, pode ter diversas aplicações, pretendendo-se com a sua utilização a maximização na comunicação de dados, informação e conhecimento, que facilitem a tomada de decisões (clientes, enfermeiros e outros profissionais), tendo como principal objectivo melhorar a prestação de cuidados de saúde às populações, comunidades, famílias e indivíduos.

Historicamente, os sistemas de informação surgiram com o intuito de facilitar o reembolso financeiro dos serviços de saúde prestados, mais recentemente tem sido possível expandir as suas finalidades, nomeadamente na avaliação dos resultados em saúde obtidos em função dos cuidados prestados. Para tal, muito tem contribuído o desenvolvimento tecnológico das TIC, que tem proporcionado a incorporação de componentes nos SIE até agora difíceis de implementar.

Face a estes desenvolvimentos, os enfermeiros são cada vez mais confrontados com a necessidade da utilização de sistemas de informação em suporte electrónico, não só na prestação de cuidados, bem como nas diversas áreas de intervenção. A introdução de sistemas informáticos na prática clínica, pode apresentar vantagens na melhoria da qualidade dos cuidados. Segundo Ehnfors & Grobe (2004), as potencialidades destes sistemas são essencialmente a redução de erros, a gestão do conhecimento e informação, o aumento da aptidão e capacidade para tomar decisões, comunicar e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados.

Ao conceito de qualidade dos cuidados encontra-se indissociavelmente ligado, o conceito de segurança dos clientes<sup>3</sup>. Efectivamente, diversos autores têm referido as potencialidades das TIC para aumentarem a segurança das práticas, reduzindo simultaneamente os riscos de efeitos adversos para os clientes (Marin, 2004; Van de Castle, Kim, Pedreira, Paiva, Goossen, & Bates, 2004; Kaelber, & Bates, 2007) e apontado questões para a investigação deste tema no âmbito da introdução das TIC na prática clínica (Newbold, Kuperman, Bakken, Brennan, Mendonça, & Park et al, 2004).

No entanto, têm também vindo a ser publicados estudos que referem alguns efeitos não antecipáveis e indesejáveis, que poderão afectar negativamente a qualidade dos cuidados, a segurança dos clientes e contribuir para o fracasso da implementação das TIC (Harrison, Koppel, & Bar-Lev, 2007). Das consequências não antecipáveis abordadas neste estudo, salientam-se as modificações nas formas de comunicação entre os diversos profissionais, com declínio da vital interacção entre os profissionais de saúde, o efeito ilusório de comunicação (onde se pressupõe que a informação documentada é sempre consultada e orienta a acção) e a dependência excessiva da tecnologia.

---

<sup>3</sup> Newbold et al (2004), define a segurança dos pacientes como sendo uma característica de processos ou estruturas, cuja aplicação reduz o risco dos pacientes, famílias ou comunidades nos cuidados de saúde, devido a actos cometidos ou omitidos.

Para um melhor entendimento dos potenciais efeitos não antecipáveis e indesejados, os autores propõem um modelo (ISTA – Interactive Sociotechnical Analysis) que enfatiza as emergentes e recursivas interacções entre as Tecnologias de Informação na Saúde (TIS), os sistemas sociais existentes, as tecnologias e o ambiente físico. Considera cinco tipos de interacções: 1) as novas TIS modificam o sistema social existente, 2) as estruturas técnicas e físicas medeiam o uso das TIS, 3) os sistemas sociais medeiam o uso das TIS, 4) as TIS em uso modificam o sistema social e 5) as interacções entre as TIS e o sistema social proporcionam o redesenho das TIS. Estas interacções podem ser esquematizadas conforme consta na figura 1:

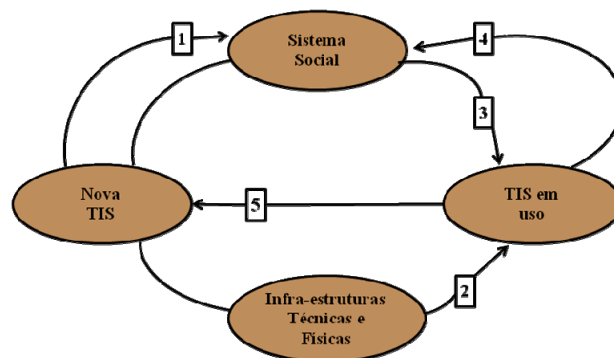


Figura 1: Modelo interactivo dos sistemas sociotécnicos (Harrison, Koppel & Bar-Lev, 2007; p. 544)

Torna-se assim evidente que o progresso técnico e por conseguinte também o progresso dos SIE, não pode ser determinado *a priori*, sem que antes seja colocado à prova pela rede sociotécnica onde vai operar, a qual eventualmente poderá vir a reorganizar. Compreender as interacções entre os componentes dessa rede, torna-se pertinente se pretende tornar mais eficiente a utilização das TIC na prática clínica.

Simultaneamente, devido à revolução informática em curso, não existirão futuramente aspectos dos cuidados que não sejam afectados por essa revolução (McBride, 2005), pelo que é evidente que as competências na área da informática são essenciais para a enfermagem do século XXI. Todavia, para que estas competências possam ser enunciadas, será necessário encontrar-se um curriculum e formas de educação contínua, comuns a nível internacional, que permitam a aprendizagem do valor da colaboração interdisciplinar no campo da

saúde (Ehnfors & Grobe, 2004), bem como o desempenho de diversos papéis na área da informática na saúde (Garde, Harrisson & Hovenga, 2005). Para Goossen (2000 a) a formação dos enfermeiros em informática, deveria ser efectuada a diversos níveis (do mais básico ao mais elaborado), correspondendo a cada nível diferentes conhecimentos, atitudes e capacidades. Nos países onde já se encontram em funcionamento alguns programas educacionais, estes são ainda considerados insuficientes para atender às necessidades actuais e futuras, sendo advogado o desenvolvimento de competências nesta área logo nos currículos iniciais de formação (Barton, 2005; McNeil, Elfrink, Pierse, Beyea, Bickford, & Averill, 2005).

Para McNeil et al (idem), de uma forma genérica, essas competências relacionam-se com os cuidados prestados aos clientes e passam pela interpretação de informação (do cliente e de enfermagem), utilização de programas informáticos que suportem essa informação e pelos aspectos relacionados com a privacidade, confidencialidade e segurança da informação resultante da prática de enfermagem.

No nosso país o organismo que regula a profissão, reconheceu já esta importância, enquadrando nas competências do enfermeiro de cuidados gerais, no domínio da prestação e gestão de cuidados, subdomínio, comunicação e relações interpessoais, a utilização das tecnologias de informação de forma eficaz e apropriada (competência 66) e que o enfermeiro deve atender aos desenvolvimentos no campo das tecnologias da saúde (competência 67), (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A introdução das TIC no processo de cuidados, não é portanto uma panaceia. Segundo McBride (idem), os seus benefícios só serão alcançados se suportados pelos valores fundamentais da profissão e colocados ao seu serviço. Neste sentido, é essencial que os enfermeiros consigam superar as tradicionais dificuldades de preparação na utilização das TIC e se promova a investigação na *informática em enfermagem*, de forma a conseguir-se um balanço saudável, entre o entusiasmo face aos previsíveis benefícios e a preocupação com potenciais efeitos adversos.

## 1.2. Problemáticas dos Sistemas de Informação em Enfermagem

A construção e implementação de sistemas de informação na área da saúde, tem vindo a revelar-se um processo complexo. Apesar do Institute Of Medicine em 2001 e a Organização Mundial de Saúde em 2006 e 2007, terem emitido relatórios onde se refere que as tecnologias da informação detêm elevado potencial para a transformação dos sistemas de saúde, para melhorar a prestação de cuidados e partilha de informação essencial para a segurança da saúde pública, são ainda diversos os aspectos a contemplar, os quais não se reportam apenas à relação entre os sistemas de informação e a sua adequação às necessidades dos utilizadores. Recentemente, a necessidade da compreensão dos contextos quer organizacionais, quer onde ocorre a prestação de cuidados, tem vindo a ser referido como um aspecto central para o sucesso dos sistemas de informação (Aarts & Peel, 1999; Sousa, 2006).

Do ponto de vista financeiro, tem-se também constatado que geralmente são necessários anos de grandes investimentos, antes de se poder poupar dinheiro e que eventualmente não chegam a ser realizadas as poupanças espectáveis, porque se alteram as tarefas a realizar, ou as tecnologias introduzidas estimulam novas e mais exigentes tarefas no trabalho a efectuar (Aarts & Peel, idem).

Entretanto no nosso país, onde a introdução destas tecnologias é ainda incipiente, nota-se no terreno a falta de linhas estratégicas que orientem a introdução de sistemas de informação na área da saúde. Como refere Neves (2001), não existe em Portugal uma política para a informática na saúde, não tendo sido definidos de forma integrada e orientada, conceitos, critérios e objectivos a que deve atender o desenvolvimento de sistemas de informação na área da saúde. Não será portanto de estranhar, que na maior parte das organizações de saúde subsista “*um conjunto de ilhas de sistemas de informação*”, que foram sendo adquiridos sem que existisse uma política de integração de sistemas (Sousa, 2006), o que em larga medida condiciona a eficiência no tratamento da informação daí resultante.

Com efeito, assistimos diariamente na nossa realidade profissional à aquisição de sistemas informáticos para utilização na prática clínica, sem que exista a preocupação de definir uma política coerente e integrada para os sistemas de informação, originando dificuldades de inter-relação entre os diversos sistemas existentes, que poderão colocar em causa a percepção da sua utilidade pelos

utilizadores. Num estudo de abordagem qualitativa com recurso à fenomenologia, realizado por Darbyshire (2004), onde se pretendia explorar as percepções dos enfermeiros que utilizavam sistemas de informação na sua prática clínica, o autor refere que os participantes referiam predominantemente experiências negativas, sendo um dos factores contribuintes, a incompatibilidade entre os sistemas em uso nessa instituição.

Simultaneamente, subsistem questões centradas em princípios fundamentais, que suportem uma efectiva introdução das TIC no sistema de saúde. Nos relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (sem que se tenha feito uso dessa informação para iniciar o processo de mudança de tal estado de coisas) pode ler-se a título de exemplo, no Relatório de Primavera 2006:

*“Mais uma vez, parece continuar a não haver uma linha estratégica no que respeita aos sistemas de informação das instituições de saúde em relação às quais deve haver uma maior fluidez de informação. São as necessidades não satisfeitas dos profissionais de saúde em relação à informação disponibilizada e a quase incomunicabilidade entre os sistemas de informação de várias instituições.”* (OPSS, 2006, p. 188).

Um ano depois, o Relatório de Primavera 2007 volta a fazer referência ao assunto. Efectivamente, tudo parece avançar muito lentamente. Para além dos anacronismos existentes na Rede Informática da Saúde, parecem ter avançado a implementação de algumas funcionalidades, nomeadamente o Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem (SAPE) e o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), no entanto nesse relatório pode verificar-se que há *“um longo trabalho ainda a percorrer para se obter um sistema robusto e à altura das necessidades nomeadamente no apoio à decisão estrutural, no suporte à contratualização e acompanhamento e no apoio ao desempenho clínico”*, (OPSS, 2007, p. 69).

A conclusão óbvia é apresentada pelo próprio IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), ao publicar em 2007, as conclusões do projecto de *“Definição do Programa de Transformação dos Sistemas de Informação da Saúde”*. As conclusões apresentadas, permitem perceber que não existe uma definição clara da missão do IGIF no sector, não existe uma estratégia ou plano de sistemas de informação estruturado, formalizado e partilhado entre os serviços e organismos do sector, não está implementado um processo de

planeamento a longo prazo e que não estão implementadas actividades de monitorização e avaliação dos sistemas de informação.

Entretanto, o relatório da Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) de 2004, advoga a necessidade da criação de um *dossier* clínico informatizado. Neste relatório, é citado o comunicado da Comunidade Europeia relativa ao “acompanhamento do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e evolução dos cuidados de saúde na União Europeia”, onde se faz eco da necessidade de uma “estratégia de informação dos sistemas de saúde”, preconizando-se na comunicação final 356, de 30 de Abril de 2004, que até final de 2005, cada estado membro deveria proceder à “fixação de objectivos em matéria de interoperabilidade e utilização dos dossiers clínicos electrónicos”. Mais uma vez, continuam a aguardar-se ainda hoje os resultados de tal reflexão e a fixação desses objectivos. A CNPD recomenda ainda (ponto 16, p. 76), que dispondo os hospitais de redes que cubram os serviços, deve ser privilegiada a circulação da informação clínica através dessa rede, em detrimento da utilização de suportes em papel.

Face ao cenário existente, parece ser fundamental a concentração de esforços para ultrapassar os problemas e contradições existentes, pois o aumento constante da informação a processar, resultante da prestação de cuidados de saúde, fazem projectar igualmente o aumento dos investimentos nas TIC. Haux (2006), refere que por exemplo, num hospital Austríaco, podem ser gerados quase seis milhões de documentos decorrentes da prestação de cuidados de saúde, o que torna problemático o seu armazenamento. Torna-se portanto relevante, o contributo dos sistemas de informação em formato digital, podendo projectar-se uma tendência para o aumento da sua utilização ao longo do tempo.

Ainda segundo o mesmo autor, estes sistemas devem ser progressivamente pensados, não apenas com a finalidade de processamento sistemático de dados, informação, conhecimento e propósitos administrativos, mas também para a possibilidade de uso no planeamento de cuidados e investigação clínica.

Uma outra vertente a considerar nesta problemática, está directamente relacionada com as experiências humanas contemporâneas, relacionadas com o desenvolvimento dos dispositivos tecnológicos, as quais vêm moldando as formas de linguagem e comportamentos da vida quotidiana. O desenvolvimento das TIC, ao imprimir uma grande velocidade de circulação de informação, tem vindo a influenciar a percepção e compreensão do mundo nos seus diversos

aspectos. O conceito de redes sociotécnicas, tem assim vindo a ter influência significativa na vida do cidadão comum.

Também no âmbito da prestação de cuidados de saúde, se assiste ao aumento da complexidade das relações mediadas pela tecnologia. O sistema de saúde tornou-se um sistema complexo, dinâmico e sociotécnico, o que transforma o ambiente e a forma como o conhecemos. Temos que entender que as tecnologias modificam quer o ambiente quer os utilizadores, de formas diversas, algumas das quais difíceis de prever (Effken, 2002).

Torna-se importante compreender, como os sistemas de informação se encaixam nos aspectos do funcionamento de uma organização e de como fornece meios apropriados para incorporar as rotinas, filosofias de cuidados aos clientes, concepções dos utilizadores e as suas necessidades.

Para Kaplan (2001), a introdução de tecnologia produz alguns efeitos que não podem ser antecipados, onde se inclui a forma como os utilizadores podem reagir em situações complexas. Neste sentido, o desenho de sistemas de informação destinados às organizações de saúde, requer o entendimento da forma como as pessoas trabalham e interagem com a informação disponível (Effken, idem).

A instalação e uso apropriado de nova tecnologia, demora tempo e esta por si só, não pode substituir sistemas de trabalho que funcionem de forma deficiente. Torna-se portanto necessário encontrar uma combinação entre as pessoas, os processos de trabalho e a tecnologia. Sousa (2006), refere que a mudança nos contextos das práticas não se poderá limitar à reorganização dos SIE, é também necessário o desenvolvimento de novas formas de trabalho centradas no indivíduo, família e comunidade. Numa perspectiva sociotécnica, a forma como se constroem os SIE, tem também implicações no processo de prestação de cuidados e este influencia a forma de pensar e desenvolver os SIE.

### **1.3. A Enfermagem e os sistemas de informação electrónicos**

A introdução de novas tecnologias nos contextos da prestação de cuidados de enfermagem, tem fomentado diversos tipos de debate, incluindo a discussão sobre a fragmentação e despersonalização do processo de cuidados, devido aos obstáculos que podem surgir na relação entre os enfermeiros e os seus clientes, em virtude da crescente introdução de novos equipamentos.

Pode considerar-se que a tecnologia não se refere apenas às máquinas e equipamentos, mas também às habilidades necessárias para a sua utilização, ao conhecimento que lhe está associado e que influencia a prática de cuidados e a tomada de decisão (Barnard, 2000). Assim e devido à sua natureza, as tecnologias modificam a prática de enfermagem, o conhecimento, habilidades e a forma como a enfermagem organiza a profissão e os cuidados de saúde (Barnard, idem). A autora, partindo de uma abordagem fenomenológica, chama a atenção para o conflito interno, resultante de os enfermeiros poderem entender a tecnologia como uma alteração da vontade própria, resultante da escolha entre a atenção dedicada à pessoa, ou atender às necessidades inerentes ao funcionamento do equipamento, aspecto que deverá ser mais profundamente investigado. May & Fleming (1997), referem ainda que a oposição colocada entre o cuidado de enfermagem e o curar centrado na tecnologia, serviu também para estabelecer a fronteira discursiva e simbólica entre a enfermagem e a medicina.

Contudo, a enfermagem tem vindo a aceitar a tecnologia, também como uma via para o seu desenvolvimento científico e profissional (Barnard & Sandelowski, 2001). Estes autores, advogam que o que determina se a tecnologia é ou não desumanizante, não é a tecnologia *per se*, mas antes a forma como é operacionalizada em contextos específicos, os sentidos que lhe são atribuídos e como ao nível individual e colectivo é definido o que é humano. Assim, ao enfatizar-se a diferença entre o cuidado e a tecnologia, pode-se estar a atribuir importância a questões que não são importantes, ou inexistentes (Barnard & Sandelowski, idem). Por outro lado, Basto (1998), refere que continua a fazer parte da linguagem corrente das enfermeiras o sentido de oposição entre as “técnicas” e a “relação”, interrogando-se se esta dicotomia não persistirá devido a razões mais profundas, as quais podem evidenciar a co-existência de vários conceitos de cuidados de enfermagem e de diferentes ideologias, tornando-se por isso essencial a sua clarificação.

Embora não seja objectivo desta dissertação o aprofundamento da problemática enunciada, a introdução das TIC na prática clínica, encontra-se com ela relacionada. Com efeito, na sua introdução podem ser igualmente discutidos os pontos anteriores. Todavia, na opinião do autor, essas questões poderão ser ultrapassadas, se dissermos que em si as tecnologias não serão o problema, mas sim a utilização que se lhe dá que poderá fazer a diferença e que a introdução dos SIE deve ser acompanhada de uma reflexão, sobre o que representa no

século XXI a enfermagem e que sentido é atribuído ao uso das TIC. De um ponto de vista sociológico, Lévy (1994), argumenta que as técnicas em si mesmo não determinam nada. Resultam de cadeias entrecruzadas de interpretações, as quais necessitam também de ser interpretadas e conduzidas a novos caminhos, através da subjectividade actuante dos grupos ou indivíduos que delas se apropriam. No entanto, uma vez que contribuem para a definição do ambiente, dos condicionamentos materiais das sociedades e para as actividades cognitivas dos colectivos que as utilizam, as técnicas condicionam os mundos de significações, podem abrir determinadas possibilidades e interditar outras, mas só depois da sua exploração pelos actores humanos, se pode deduzir qual a sua contribuição para o desenvolvimento do pensamento colectivo.

Neste sentido, só explorando de forma informada as possibilidades resultantes da introdução das TIC no contexto da prática clínica, poderemos aferir a sua utilidade, recusando todavia a ideia simplista do progresso alicerçado apenas na técnica, ou uma visão “pós-moderna” de um sujeito-vazio, sem interioridade, ou sem hierarquia entre o homem e a técnica (Lafontaine, 2004).

A questão do uso das tecnologias pela enfermagem é colocada por Collière (1999, p. 262), da seguinte forma: *“Diz-me, (...) se sabes, com clareza, com que finalidade usas tal ou tal tecnologia, em relação com o que é importante para a vida de uma pessoa, de uma família, e dir-te-ei que cuidados prestas”*. Refere ainda a autora, que a prestação de cuidados não pode fazer-se sem recurso a tecnologias, não sendo no entanto suficiente para tal, apenas o conhecimento das técnicas, uma vez que os cuidados devem ser suportados pela componente relacional. As TIC, estas constituem-se como um meio para melhorar o processamento e análise de informação em tempo útil, pretendendo-se com isso obter ganhos na qualidade assistencial. Nunca nenhum computador, ou outra tecnologia, poderá substituir a componente chave dos cuidados, a componente relacional.

Por outro lado, têm vindo a ser publicados estudos, que demonstram que os enfermeiros se encontram insatisfeitos com a estrutura e a própria documentação dos cuidados constantes dos SIE e da necessidade de sistemas de registo em suporte electrónico (Silva, 2001; Sousa, 2006; Chapman, Francis, & Davies, 2006).

Outros estudos efectuados em contextos em que se encontram em uso SIE, em suporte electrónico, os resultados têm variado quer em função dos contextos e amostra, quer consoante os sistemas em uso. Todavia, pode ser encontrado um

conjunto de factores susceptíveis de influenciar a sua utilização e que vão desde variáveis demográficas, experiência na utilização de computadores, percepção das características tecnológicas, nível de educação e treino, percepção dos benefícios (Lee, Lee, Lin, & Chang, 2005), disponibilidade de hardware, desenho do sistema (Lee, 2005), carga de trabalho e sua adequação com a funcionalidade do sistema e a aceitação da utilização do processo de enfermagem, (Ammenwerth, Mansmann, Iller, Eichstädter, 2003). Na adopção das TIC, Lee (2007), refere que os aspectos que preocupam os enfermeiros podem ser agrupados em cinco categorias: impacto na eficiência do trabalho, o desenho do sistema, o processo de treino, privacidade e confidencialidade dos dados e a reorganização dos processos de trabalho, sendo a cooperação interdisciplinar e comunicação entre os diferentes departamentos, factores a ponderar no sentido de não contribuírem para o aumento da carga de trabalho dos enfermeiros.

Outros autores têm apontado problemas inerentes à dificuldade dos sistemas captarem o trabalho de enfermagem (Darbyshire, 2004) e à visão standardizada das actividades desenvolvidas pelos enfermeiros (Goorman & Berg, 2000). Por outro lado, Ammenwerth, Eischstädter, Haux, Pohl, Rebel, & Ziegler (2001), referem que não é ainda claro, que os SIE em suporte electrónico tenham efectivamente contribuído para melhorar a qualidade dos cuidados centrados no cliente, especialmente devido ao seu limitado uso na prática clínica. No entanto, no estudo que estes autores conduziram, foram demonstradas melhorias na qualidade da documentação e diminuição do tempo no planeamento dos cuidados de enfermagem, em comparação com os tradicionais registos em formato de papel.

Mais recentemente, uma revisão sistemática realizada por Currell & Urquhart (2003), revelou que existiam muito poucas diferenças nos benefícios alcançados (melhoria dos cuidados e reflexo das actividades de enfermagem nos resultados em saúde dos clientes), entre a utilização de um sistema de registo manual ou em suporte electrónico, notando igualmente, que parecem existir alguns conflitos entre as necessidades de registo que suportem a prática clínica e as que suportem fins administrativos e de gestão.

Resultados mais satisfatórios têm também vindo a ser publicados, nomeadamente no que se refere ao tempo dispendido durante a documentação (Korst, Eusebio-Angeja, Chamorro, Aydin, & Gregory, 2003; Poissant, Pereira, Tamblyn, & Kawasumi, 2005) e diminuição de falhas na informação a transmitir

durante as passagens de turno e interpretação colectiva da documentação dos clientes (Hertzum, & Simonsen, 2008).

Simultaneamente, a enfermagem dos nossos dias é crescentemente confrontada, com a necessidade de demonstrar resultados sensíveis aos seus cuidados, o que terá forçosamente que ir mais além dos tradicionais indicadores muito dependentes da vertente curativa. Como refere Sousa (2006), a falta de critérios sobre o que registar e os problemas dos SIE manuais, tem dificultado a representação real dos contributos da enfermagem para o sistema de saúde e para a impossibilidade de comparação de dados e determinação das necessidades das populações em cuidados de enfermagem.

Para além das componentes logísticas, a complexidade inerente ao trabalho dos enfermeiros, torna necessária ainda uma reflexão sobre a escolha do que representar no SIE, o que em última instância pode influenciar a prática de cuidados. Neste sentido, os sistemas de registo devem “*respeitar a natureza dos cuidados*” (Hesbeen, 2001), pelo que este será um dos principais tópicos a discutir no processo de adopção de SIE em suporte electrónico, até porque têm vindo a ser publicados estudos que demonstram algumas inconsistências, entre as percepções dos enfermeiros sobre os cuidados que prestam e aquilo que efectivamente documentam (Butler, Treacy, Scott, Hyde, Mac Neela, Irving et al, 2006) e a dificuldade em documentar alguns aspectos dos cuidados de enfermagem, nomeadamente aqueles que se encontram fora da esfera do puramente biológico, recorrendo-se para tal frequentemente à linguagem informal (Irving, Treacy, Scott, Hyde, Butler, & MacNeela, 2006).

Este aspecto do plano discursivo dos enfermeiros, deve merecer alguma atenção, uma vez que denota alguma ambiguidade sobre a importância atribuída a alguns aspectos dos cuidados em detrimento de outros e de clareza sobre os propósitos da sua documentação, configurando-os mais a uma lógica executiva do que conceptual, o que está na base das dificuldades em evidenciar aspectos únicos do conhecimento em enfermagem. A reflexão sobre a natureza dos cuidados a que se refere Hesbeen, passa pela necessidade de ponderar esses aspectos do conhecimento e relacioná-los com os ganhos em saúde obtidos pelos clientes, procurando a forma de os incluir no SIE.

A aproximação entre os “modelos em uso” e os “modelos expostos”, necessita que os enfermeiros se apropriem dos trajectos a percorrer, aproveitando a informação resultante da documentação dos cuidados, para reflectir sobre a

acção, a qual fomenta o desenvolvimento profissional (Silva, 2001). Esse desenvolvimento passa não só pela reorganização das dinâmicas de cuidados, mas também pelos aspectos discursivos que demonstrem o efectivo potencial dos cuidados de enfermagem para a melhoria das condições de saúde das populações, sob pena de se circunscrever e reduzir a discussão sobre os cuidados de saúde a uma visão exclusivamente “médicocêntrica”.

#### **1.4. Desenvolvimento dos sistemas de informação em enfermagem**

No campo da prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros são o grupo profissional que mais produz e utiliza informação clínica. A sua presença contínua junto dos clientes, origina necessidades de integração de dados e informação, de forma a permitir julgamentos clínicos adequados em contextos complexos, tornando assim evidente a necessidade de sistemas de informação que suportem a prática clínica. Segundo Moen (2003), o acesso a informação de qualidade é essencial para se efectuarem julgamentos clínicos adequados, prática baseada na evidência, coordenação de cuidados, bem como para a construção de conhecimento oriundo dos contextos da prática.

Ainda segundo a mesma autora, a melhoria da organização, representação dos dados, informação e conhecimento em sistemas de informação electrónicos é necessária mas não suficiente para suportar a prática clínica. É necessário que, antes do desenho e implementação do sistema, se proceda à clarificação dos componentes chave da prática clínica, à identificação das características do trabalho de enfermagem, bem como dos contextos onde este decorre. A compreensão da forma de como os enfermeiros interpretam sinais e sintomas, tomam decisões, transferem conhecimento para a acção, usam conhecimento formal ou tácito, para guiar as suas intervenções, são um requisito essencial, para se compreender de que forma os registos electrónicos dos clientes, podem suportar a complexidade da prática clínica.

Neste processo é também necessário considerar, que os SIE em suporte electrónico, apresentam algumas limitações, tornando-se necessária uma escolha acerca do que deve ser representado no sistema. Geralmente, os aspectos cognitivos e linguísticos podem ser adequadamente representados, contudo, os aspectos inerentes à existência humana como sejam os sentimentos, a identidade e filosofias de cuidar não o são. Daí a importância de se assegurar o

envolvimento e a aceitação dos utilizadores desde o início e se discutirem os motivos e as consequências da sua introdução.

É assim aconselhável uma reflexão cuidada sobre os aspectos específicos e únicos da disciplina, os quais são inerentes à complexidade do processo de cuidados que os SIE devem suportar. Neste sentido, Moen (idem) advoga a necessidade da existência da perspectiva de enfermagem, que deve considerar questões tais como: O que fazem os enfermeiros que o sistema pode fazer melhor? Como pode o sistema suportar o trabalho dos enfermeiros e permitir que estes disponham de mais tempo e recursos para a realização de acções que podem apenas ser efectuadas por enfermeiros? Como pode o sistema contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem e segurança dos clientes? Como pode o sistema contribuir para a construção do conhecimento em enfermagem?

A chefia e liderança assumem também um papel preponderante, uma vez que são indispensáveis visões estratégicas que promovam o desenvolvimento profissional quando são introduzidas nos contextos novas formas de pensar e agir. Moen (ibidem), considera que deste ponto de vista, deve ser considerado em que medida o sistema pode facilitar a tomada de decisão e de como facilita a gestão da informação para efeitos de integração, disseminação, auditoria, investigação e desenvolvimento do conhecimento na prática clínica.

Uma outra forma de pensar o desenvolvimento dos SIE e que apresenta interessantes pontos de discussão sobre os fundamentos da própria disciplina, é proposta por Effken (2002), através da integração de um modelo desenvolvido para a análise de domínios complexos e de alta tecnologia (nos quais os trabalhadores necessitam de flexibilidade considerável para a resposta a exigências externas), o Cognitive Work Analysis (CWA) e dos padrões de conhecimento em enfermagem propostos por Carper em 1978. O CWA, foca a sua análise em cinco níveis, o domínio do trabalho, controlo de tarefas, estratégias, organização social – organizacional e competências do trabalhador. Segundo a autora, devem ser equacionadas algumas questões relativamente aos quatro padrões de conhecimento:

**Conhecimento empírico:** Molda as fronteiras dos modelos analíticos em uso. Deve-se perguntar: Qual é o objectivo do sistema? Quem o irá utilizar? Que dados são necessários? Que informação se possui agora e qual a que se pretende? Quem irá usar essa informação e com que frequência?

**Conhecimento ético:** Aqui as questões são carácter diferente, pergunta-se se o sistema é bom? Justo? Está certo? Como é que a tecnologia incorpora os valores da organização? Como é que a tecnologia reflecte os valores dos utilizadores e dos clientes?

**Conhecimento pessoal:** Lida com a auto actualização. Será portanto necessário perceber as diferenças individuais e de grupo na aquisição e manejo da informação. Por exemplo, que diferenças existem em necessidade de informação entre os iniciados e os peritos? Qual o detalhe de informação necessária nas diversas situações? Neste ponto, a autora considera necessário expandir o conceito inicial de Carper, incluindo aqui também o trabalho em grupo, a organização e eventualmente diferenças culturais.

**Conhecimento estético:** Relaciona-se com o sentido que o utilizador atribui aos dados que lhe são apresentados, especialmente com as relações entre os elementos dos dados fornecidos. Qual o papel que jogam a ordem de apresentação e a simplicidade?

No modelo integrado proposto, para cada nível do CWA, devem ser valorizados diferentes aspectos, os quais se relacionam com os padrões de conhecimento propostos por Carper.

Outros modelos de análise e desenvolvimento dos SIE poderão ser encontrados, contudo, os exemplos aqui referidos pretendem ilustrar como se pode adequar a relação entre os SIE e os fundamentos da disciplina.

Atributos para o sucesso dos sistemas de informação em saúde, têm sido relacionados em diversos estudos, com a qualidade dos sistemas, a qualidade da informação, a utilização do sistema, a satisfação dos utilizadores, impacto individual e impacto organizacional, bem como outros aspectos relevantes como o desenvolvimento do sistema, o processo de implementação e características e cultura das organizações (Van Der Meijden, , Tang, Troost, & Hasman, 2003).

No sentido de melhor operacionalizar a compreensão dos diversos atributos que podem influenciar o sucesso dos sistemas de informação em saúde, Delone & McLean (2002), partindo da análise de mais de 150 artigos que utilizaram um anterior modelo proposto por estes autores, propuseram a sua actualização, apresentando um modelo que pode servir de avaliação do impacto da introdução dos SIE na prática clínica. Sousa (2006), utilizou este modelo para avaliar o

impacto das modificações introduzidas num SIE, o qual lhe permitiu retirar importantes conclusões para o desenvolvimento do seu trabalho.

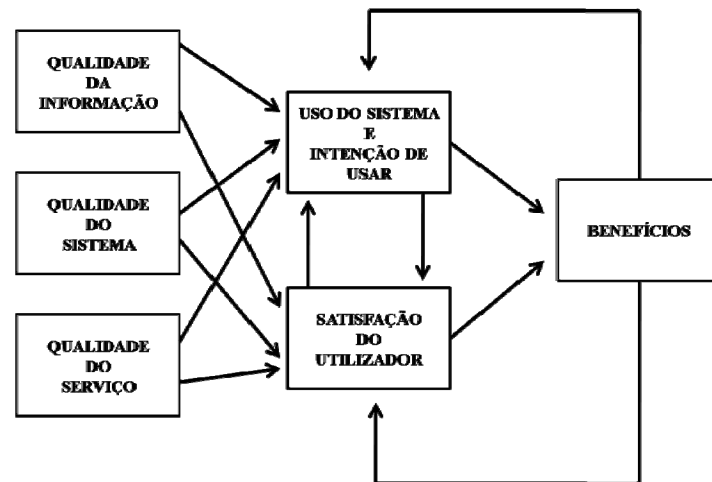


Figura 2: Modelo de Sucesso dos Sistemas de Informação (DeLone & McLean, 2002)

Mais recentemente, outros autores (Yusof, Kuljis, Papazafeiropoulou, & Stergioulas, 2008), consideraram que os modelos de avaliação dos sistemas de informação em saúde, deveriam revelar a importância quer dos factores técnicos, quer dos factores humanos e organizacionais. Propõem então um modelo que contempla factores organizacionais e as suas dimensões, a adaptação entre a tecnologia e os factores humanos e organizacionais e as relações entre as suas dimensões. São dados exemplos de como avaliar as diferentes dimensões, referindo que ao modelo podem ser aplicados métodos quantitativos, qualitativos ou uma combinação dos dois métodos.

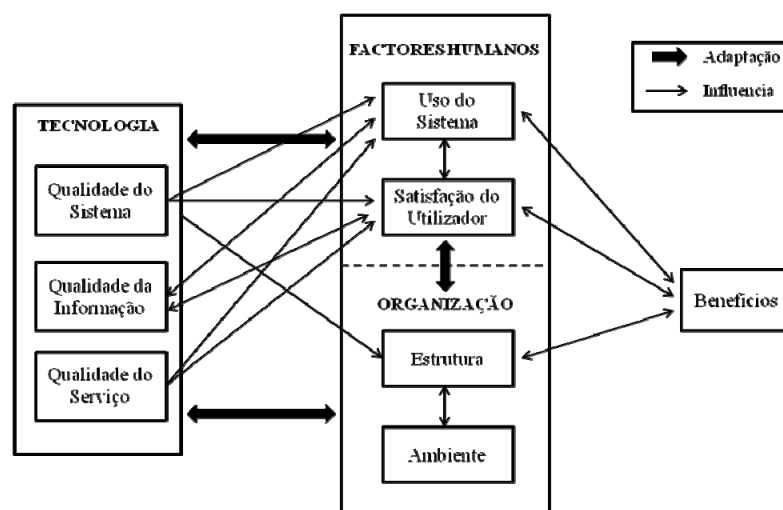


Figura 3: Modelo de avaliação de Sistemas de Informação em Saúde, (HOT-fit),. Yusof, Kuljis, Papazafeiropoulou, & Stergioulas, 2008, p. 389)

Existem ainda alguns critérios relevantes a considerar para a enfermagem, as organizações, a gestão, apresentação e gestão dos dados e requisitos de índole técnica. Goossen (2000 a), cita alguns desses critérios, os quais foram obtidos através de um estudo de Delphi, com recurso a um painel internacional de peritos na área da informática em enfermagem. Sobre os consensos obtidos, o autor realça que um SIE deve fazer parte de um registo electrónico em saúde e não existir isoladamente; deve existir uma distinção clara sobre os clientes e as interpretações dos enfermeiros; o registo dos cuidados deve ser baseado no diagnóstico, intervenções e resultados de forma a permitir uma descrição flexível dos cuidados; deverá fazer-se uso de uma classificação de enfermagem, mantendo contudo espaço para texto livre e que os dados introduzidos uma vez, devem ser mostrados de formas diferentes para suportar a tomada de decisão clínica.

De igual forma, a Ordem dos Enfermeiros (2007), tem procurado através de um conjunto de iniciativas, estimular quer os responsáveis pelas organizações e os profissionais, quer as empresas do sector a desenvolverem sistemas informáticos que possam suportar os SIE, tendo para tal sido publicadas um conjunto de normas que orientem o seu desenvolvimento.

Para além da já referida necessidade de os SIE constarem do sistema nacional de informação em saúde, a Ordem dos Enfermeiros (idem) refere os seguintes princípios gerais a atender:

- Possibilidade de gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “*máximo / mínimo*” de dados e a produção de conhecimento;
- Utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®);
- Os programas deverão permitir a documentação da prática de enfermagem e as diferentes finalidades dos registos (legais, éticas, qualidade, continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação e visibilidade dos cuidados de enfermagem, quer o desenvolvimento, descrição e acompanhamento dos cuidados de enfermagem nos seus diversos contextos);
- Potencializar a utilização dos Resumos Mínimos de Dados para diferentes propósitos e utilizadores.

Para facilitar a operacionalização destes princípios, foram ainda definidas as regras que a seguir se resumizam:

- I. Categorias de conteúdos e principais requisitos técnico – funcionais
  - a) Diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados (onde o domínio das intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro, constitui a essência do modelo do SIE);
  - b) Aspectos centrais do SIE
    1. A CIPE® como referencial de linguagem;
    2. Possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados;
    3. Articulação entre linguagem classificada e linguagem natural;
    4. Organização das intervenções de enfermagem a implementar;
    5. Integridade referencial entre diagnósticos, status, intervenções, dados da observação /vigilância do cliente e os resultados face aos diagnósticos de enfermagem;
    6. Capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de enfermagem;
- II. Intensidade de cuidados e sistemas de classificação de doentes;
- III. Partilha interinstitucional de informação de enfermagem.

Considerando estes critérios, pode dizer-se que de uma forma geral, os SIE devem permitir a identificação dos fenómenos e diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções e a avaliação dos resultados obtidos, proporcionando instrumentos de registo que têm segundo Harris, Graves, Solbric, Elkin, & Chute (2000), como objectivos suportar a tomada de decisão clínica, melhorar a comunicação, permitir o planeamento, organização, coordenação e controlo dos cuidados, melhorar a eficácia e eficiência dos cuidados, estimular e suportar a investigação, evidenciar os contributos da enfermagem para os cuidados de saúde, servir como instrumento de assessoria financeira, suportar decisões políticas, produzir indicadores de gestão e facilitar mudanças organizacionais que melhorem os cuidados, aos quais se acrescenta a promoção da continuidade de cuidados.

Do exposto pode portanto concluir-se que para o desenvolvimento dos SIE é necessário um conhecimento aprofundado não só dos aspectos mais técnicos relacionados com a utilização das TIC, mas também de outros elementos como os valores, cultura, motivações, atitudes, liderança e sistemas de gestão. Um desenvolvimento sustentado, necessita ainda da articulação destes elementos com os objectivos, estratégias e missão da organização, no caso a prestação de cuidados de saúde.

A gestão dos SIE assume aqui papel preponderante, na medida em que contribuí para a harmonização entre esse desenvolvimento e as evoluções tecnológicas. Para tal, não se torna necessária a existência de conhecimentos profundos sobre as TIC nos diversos níveis de gestão da organização, mas é necessária a compreensão de como estas podem contribuir para os objectivos sectoriais e globais da organização (Varajão, 2005).

A persecução destes objectivos, se bem que necessite de uma compreensão aprofundada e específica a cada organização em particular, possui já um fio condutor, atendendo às orientações da Ordem dos Enfermeiros sobre os princípios e requisitos a que devem atender os SIE, pelo que se deve aconselhar a sua consulta como ponto de partida para os trabalhos de futuros desenvolvimentos.

Num cenário onde tende a imperar uma certa visão de contenção de custos, com ênfase no valor económico dos cuidados de saúde prestados e de instrumentos de medida objectivos, é imperativo que os enfermeiros consigam demonstrar os benefícios do tempo que passam com os seus clientes e do conhecimento que daí advém, devendo ser realçado o trabalho realizado na obtenção de resultados relativos ao bem-estar físico e psicológico. O trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no sentido de alcançar e manter uma relação com finalidade terapêutica, deve ser considerado como um elemento chave da qualidade assistencial em saúde, pelo que a reorganização dos processos assistenciais, deve tornar-se explícita nos SIE de forma a tornar visível esta parceria de cuidados, o que nem sempre é fácil e exige trabalho considerável.

Alguns estudos vêm demonstrando também que existem discrepâncias entre os profissionais e os clientes na identificação de necessidades de cuidados (Hansen, Hatling, Lidal, & Ruud, 2002), bem como entre o que é documentado pelos enfermeiros e as perspectivas dos clientes. Adamsen & Tewes (2000), comparando as experiências percebidas pelos clientes e a documentação dos

enfermeiros e as suas reflexões, concluem que apenas menos de um terço dos problemas experimentados pelos clientes, foram documentados nos registos de enfermagem, tendo a discussão com a equipa revelado que os enfermeiros detinham mais conhecimento sobre os problemas dos clientes, do aquele que tinham documentado. Simultaneamente, a concordância entre os problemas experimentados pelos clientes e aqueles que foram documentados pelos enfermeiros, diminuía à medida que aumentava a complexidade da condição de saúde dos clientes. De igual forma, o que não é documentado, pode igualmente ser relevante, nomeadamente os problemas dos clientes segundo a sua perspectiva (Irving, Treacy, Scott, Hyde, Butler, & MacNeela, 2006).

Alicerçada na construção de uma interacção terapêutica, a documentação dos cuidados, deverá conter informação acerca das perspectivas dos clientes, bem como das suas preferências em matéria de cuidados de enfermagem, para que as decisões dos enfermeiros sejam mais orientadas em consonância com os seus interesses. Torna-se assim evidente, que à medida que aumenta a complexidade das condições saúde-doença dos clientes, os enfermeiros serão confrontados de forma crescente com múltiplas problemáticas, pelo que se coloca a questão de como atender aos problemas encontrados, atribuir prioridades e simultaneamente, considerar as suas preferências.

A necessidade de se criarem novas formas de organização e prestação de cuidados, que fomentem a efectiva participação do cidadão, estende-se também à possibilidade de uma maior participação nos sistemas de informação em saúde.

Embora os estudos de investigação sobre este tópico se encontrem ainda numa fase inicial, a sua instituição na prática clínica, levanta desafios de carácter legal que necessitam de ser melhor clarificação. Considerações de carácter ético necessitam também de ser equacionadas, nomeadamente a questão da acessibilidade a tais recursos, uma vez que geralmente são necessários elevados recursos financeiros. Num ambiente de contenção de despesas, ainda que possam apresentar bons resultados, o seu custo poderá constituir um factor limitativo.

A necessidade dos SIE em suporte electrónico, serem cada vez mais centrados nos clientes, comporta o desafio em descortinar em relação a cada pessoa, da sua vontade em ter um papel activo ou não no processo de cuidados e de assumir responsabilidades, ou se simplesmente não demonstra essa vontade por julgar que o seu papel consiste em ser passivo e não questionar os profissionais de

saúde. É portanto essencial para a disciplina e profissão, compreender o mundo do cliente no seu contexto e situá-lo no âmbito do conhecimento, permitindo assim o planeamento de intervenções em conjunção com o cliente. Tornar visível nos SIE esta visão da participação dos clientes no processo de cuidados, implica que sejamos capazes de documentar aspectos que infiram conhecimento sobre o cliente e o seu contexto sócio-familiar, cultural e económico, os seus antecedentes pessoais e familiares, hábitos e preferências.

### **1.5. Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem**

A promoção da continuidade de cuidados, surge como uma das principais finalidades dos SIE (Silva, 1995; Pereira, 2001; Sousa 2006), no entanto subsistem um conjunto de problemáticas, que têm colocado algumas dificuldades para a consecução desse objectivo.

Tem-se verificado, que em muitas situações, permanece ainda uma visão “*hospitalocêntrica*” da prestação de cuidados de saúde, que contribui para a crescente diferenciação e fragmentação entre as organizações, nomeadamente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde na comunidade. Este estado de coisas, não é favorável ao acesso a cuidados de saúde para uma grande parte dos cidadãos, uma vez que o aumento de doenças crónicas e da população idosa, origina processos de transição de cuidados entre diversos hospitais, centros de saúde e domicílio.

Esta fragmentação na prestação de cuidados de saúde, está assim na origem da criação de um outro conjunto de “*ilhas de informação*” sobre os cuidados prestados a uma pessoa ao longo da sua trajectória de vida<sup>4</sup>. Exige-se assim que os SIE à semelhança do desejável para o sistema de prestação de cuidados de saúde, tenham cada vez mais o cidadão como elemento central de todo o processo, criando-se para tal plataformas de comunicação que facilitem a circulação da informação clínica necessária. Uma verdadeira centralização no cidadão, inclui uma reorganização dos processos de prestação de cuidados de saúde e implica que a trajectória dos clientes é determinada principalmente pelas suas necessidades, ao invés do funcionamento das organizações (Berg, 2002).

---

<sup>4</sup> Diversas fontes de dados, residentes em plataformas díspares e isoladas, fazendo uso de tecnologias de implementação e armazenamento diferentes, o que obriga a esforço suplementar para alcançar uma agregação de informação útil aos profissionais de saúde. Torna-se assim indispensável assegurar a integração dessa informação de forma coerente e centralizada, de forma a tornar possível o seu acesso, onde for necessário, sem limites e descontinuidades (Sousa, 2006).

É portanto incontornável que a informação de saúde dos cidadãos, deve estar disponível, de forma adequada, aos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, independentemente do momento e do local de prestação. A não disponibilização da informação quando e onde é necessária, é cada vez mais incompreendida pelos diferentes profissionais, mas também de forma crescente pelos próprios cidadãos. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2009), tem em curso desenvolvimentos que procuram a construção do Registo de Saúde Electrónico, que deverá permitir a partilha de informação de saúde, centrada nos utentes, orientada para o apoio à consecução da missão dos profissionais de saúde e permitir o acompanhamento virtual do cidadão, na sua mobilidade espaço - temporal, de forma a permitir o acesso à informação, quando em dado ponto do seu trajecto se revele necessário.

A melhoria significativa da comunicação entre os profissionais das diferentes organizações, bem como a partilha de informação entre estes, apoiadas pela introdução das TIC, especialmente a existência de um processo clínico electrónico, têm sido estratégias apontadas na literatura como uma das alternativas, para atender às dificuldades sentidas para assegurar a continuidade de cuidados inter-organizações (Hellesø & Lorensen, 2005; Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005).

Os Sistemas de Partilha de Informação de Enfermagem (SPIE), apresentam-se portanto como *“(...) ferramentas para a optimização do fluxo de trabalho e para a eficácia e qualidade dos cuidados prestados através da disponibilização aos prestadores de melhor e mais completa informação do utente e do apoio à decisão clínica.”* (Sousa, idem, p. 58), sendo para tal essencial a clarificação e contextualização da partilha de informação, nas diferentes transições de cuidados que os clientes experimentam. Ou seja, os enfermeiros necessitam de compreender a relevância da informação em função dos contextos onde acontecem os cuidados (hospital, centro de saúde) para a sua melhor concepção, devendo definir-se também as formas e prioridades de acesso. O alargamento deste espaço sociotécnico e a sua compreensão, apresenta-se também como um dos desafios para o desenvolvimento dos SPIE.

Para orientar o futuro desenvolvimento e implementação destes sistemas, a Ordem dos Enfermeiros (2007), publicou os princípios básicos e requisitos técnico - funcionais para a partilha interinstitucional de informação de

enfermagem, sobreponíveis ao estudo realizado por Sousa (2006), que resumidamente se apresentam no quadro seguinte:

| Estrutura e funcionamento                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Partilha de informação em tempo real                                                                                     |
| Acesso à informação segundo regras definidas para utilizadores dos SIE                                                   |
| Troca de informação contínua e em tempo real, mesmo estando o episódio de contacto com o doente em curso                 |
| Permitir acesso à informação através de critério temporal                                                                |
| Permitir o acesso à informação considerando o seu conteúdo (diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem, ...) |

Quadro 1- Requisitos de estrutura e funcionamento do sistema de partilha de informação de enfermagem interinstitucional. Adaptado da Ordem dos Enfermeiros (2007)

Atendendo a estes princípios e através da implementação de estratégias adequadas ao seu desenvolvimento e implementação, Sousa (idem) advoga que os sistemas de partilha de informação poderão proporcionar a troca de informação, educação e aumento do conhecimento dos profissionais, trazendo múltiplos benefícios para a prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente no que se refere a maior acessibilidade (melhor articulação entre organizações e diminuição do tempo de espera para o cidadão receber o cuidado adequado), maior integração dos níveis de cuidados (melhor comunicação e referenciação entre organizações) e melhor qualidade (resultante da melhoria da articulação do sistema e aumento dos conhecimentos dos profissionais).

A partilha de informação interinstitucional, constituiu-se também como mais um pretexto para que os enfermeiros dos diferentes contextos de cuidados possam reflectir sobre o conteúdo da informação documentada, o que lhes permitirá um melhor conhecimento sobre os clientes e portanto melhor poder conceber os cuidados necessários. A compreensão integrada quer da condição problemática dos clientes, quer do funcionamento e articulação do sistema, permite perspectivar a introdução de programas de melhoria contínua e de repensar a alocação dos recursos em função das reais necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes.

Atendendo a que a prestação de cuidados de saúde se insere hoje num contexto de crescente complexidade e de maior imprevisibilidade, torna-se necessária a introdução nos contextos de trabalho de uma verdadeira cultura reflexiva, que por sua vez fomente uma prática também ela cada vez mais reflectida, que possa revelar novas percepções, que permita inovar, atribuir novo sentido aos cuidados

e a introdução de respostas diversificadas que melhorem a transição de cuidados e a sua continuidade.

Segundo uma perspectiva da epistemologia da prática, proposta por Schön (2000), a complexidade das situações reais, não é favorável à aplicação directa na prática das teorias, nem dos conhecimentos por elas produzidos. Todavia, essa prática necessita de ser explicitada, sob pena de permanecer sobre ela uma noção ambígua, com contornos pouco delimitados, onde impera o conhecimento tácito dos peritos. Neste sentido, Benner (2001), afirma que a descrição do conhecimento prático é essencial para o desenvolvimento e alargamento da teoria de enfermagem e que mesmo sendo as práticas bem mais complexas do que aquilo que é descrito pelos modelos formais, a teoria é fundamental, pois ajuda a colocar as boas perguntas numa situação real. É portanto necessário que seja efectuada a caracterização da prática, conferindo-lhe uma base discursiva que permita a sua comunicação e inclusão no conhecimento da disciplina.

Para que a reflexão sobre as práticas surta efeito, poderá ser necessária a modificação de comportamentos (se são percepcionadas discrepâncias entre os modelos em uso e os expostos), que terão que ser extensíveis a toda a equipa. No caso da continuidade assistencial no processo de transição de cuidados, essas modificações terão implicações nas metodologias de trabalho favoráveis à introdução da mudança.

Através dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções planeadas e executadas e dos resultados obtidos (status dos diagnósticos obtidos ao longo do tempo após as intervenções executadas) documentados no SIE, pode-se assimilar um novo conhecimento sobre os clientes, partindo para uma reflexão, que permita a personalização desse conhecimento (o que sabia antes e o que sei agora), percepcionar o que os clientes necessitam dos enfermeiros e comparar os modelos em uso e os modelos expostos, pensando sobre o que se pode fazer para melhorar.

## Capítulo 2: Informação, conceito e implicações

*"Where is the wisdom we have lost in knowledge?"*

*Where is the knowledge we have lost in information?"*

T S. Eliot

---

No mundo contemporâneo, a informação tornou-se um elemento vital para o desenvolvimento de uma parte significativa da actividade humana. Aliada ao desenvolvimento tecnológico, o seu volume e complexidade são hoje fundamentais para a sustentação de sistemas interactivos e relacionais. Pode afirmar-se que o desenvolvimento das sociedades, depende cada vez mais da disponibilidade, pertinência e do fluxo de informação, assumindo importância capital em diferentes domínios (saúde, gestão, economia, política), onde se pretendem tomar as melhores decisões em tempo útil. Pretende-se assim seguidamente, partindo de uma análise acerca deste conceito, referir algumas das suas implicações para a enfermagem.

### 2.1. Do valor estratégico da informação e dos processos de mudança

Do ponto de vista organizacional, independentemente da área de intervenção, a disponibilidade crescente de informação, veio operar uma revolução com consequências semelhantes à revolução industrial de finais do século XVIII, quer pelas mudanças operadas em termos de metodologias de trabalho, quer pela fluidez e consolidação que empresta ao planeamento estratégico. Segundo Miranda (1999), a informação estratégica (proveniente da colheita de dados do ambiente externo da organização), é a base para a formulação de estratégias (acção) pelos decisores, que permitam criar e inovar, possibilitando assim a diferenciação da organização e portanto vantagem competitiva na sua área de actuação.

De acordo com a estratégia global, missão e actividade, as organizações são cada vez mais, confrontadas com a necessidade de contar com um apoio efectivo de informação para tomar decisões, pelo que assume particular relevância a existência de actividades que conduzam à gestão da informação, ou seja, a sua prospecção, filtragem, tratamento e disseminação dos activos informacionais da

organização, no sentido de proporcionar informação necessária aos seus diversos níveis. Valentim (2002), argumenta que as organizações têm necessidade de definirem no seu organograma, uma unidade de trabalho especificamente vocacionada para a gestão da informação e do conhecimento, visando assim o estabelecimento de uma cultura organizacional, que garanta maior flexibilidade e capacidade de criação e competitividade.

O valor da informação para uma organização, deriva da conjugação de diversos factores. Varajão (2005), citando Burch e Strater (1974), refere que esse valor varia segundo:

- Acessibilidade (disponibilidade e rapidez de obtenção);
- Compreensibilidade (conteúdo, facilidade de interpretação e de utilização);
- Precisão (grau de fiabilidade);
- Adequação (adequação ao pedido do utilizador);
- Actualidade (oportunidade temporal);
- Clareza (sem ambiguidade);
- Versatilidade (adaptabilidade a diferentes situações);
- Verificável (diferentes utilizadores usarem a mesma informação e chegarem às mesmas conclusões);
- Influenciável (vulnerabilidade à intenção de alteração ou modificação, de modo a chegar a uma conclusão preconcebida);
- Quantificável (aspecto formal);
- Controlada (refere-se ao detentor e o controlo da sua disseminação).

A informação adquire pois um valor estratégico para as organizações, sendo que o seu valor se agrega à sua capacidade para produzir conhecimento, o que permite a condução de acções que criem um valor acrescentado. No entanto convém referir que a partilha de informação e conhecimento só trará resultados, se tal implicar um processo de aprendizagem, de cooperação entre os diferentes actores, onde se valoriza tanto o uso da tecnologia como ferramenta como o contacto pessoal (Tomaél, Alcará, & Chiara, 2005). Mas para que aconteça uma efectiva gestão da informação, Davenport (1994), alertara já para a necessidade de se começar por pensar sobre como as pessoas utilizam a informação e não como usam as tecnologias, pelo que as abordagens de gestão das tecnologias de informação, deveriam centrar-se essencialmente nas pessoas e que a mudança de cultura da organização, passa pela alteração de atitudes e comportamentos básicos, valores e gestão das expectativas criadas. Para Varajão (2005), em

ambientes dinâmicos e em mudança contínua, os sistemas de informação assumem um papel preponderante nas organizações, condicionando praticamente todas as suas actividades e se forem bem utilizados, poderão abrir caminho a novas perspectivas e oportunidades, prestando auxílio não só na racionalização dos procedimentos e fluxos de informação, como também na reorganização da actividade da organização.

No sector da saúde, o aumento da complexidade quer das organizações, quer dos serviços que prestam, torna necessária a existência de informação útil aos diversos profissionais que actuam nos seus diferentes níveis. Neste sentido, torna-se estrategicamente essencial encarar a optimização dos fluxos de informação, como um instrumento útil para a melhoria da qualidade dos serviços a prestar aos cidadãos.

Neste contexto, devido ao seu carácter dinâmico e de multiplicidade e simultaneidade dos actores, a que se acrescenta um certo grau de incerteza, a gestão da informação, assume uma abrangência transdisciplinar pelo que a mudança deve envolver as pessoas inseridas no seu contexto e se torne claro o mudar o quê e para quê.

Para que a mudança se opere, torna-se ainda necessária, uma abordagem que permita influenciar as intenções de mudança. Assim, para a mudança de comportamentos profissionais, afigura-se essencial a utilização de processos de informação e educação como estratégias de intervenção, no sentido da adopção de novos comportamentos, mediados por factores de nível intrapessoal, interpessoal, posicional e ideológico (Basto, 1998).

Num domínio onde o volume de informação disponível tende a aumentar e se pensa na utilização de metodologias e tecnologias para o processamento de dados, informação e conhecimento, ainda que continue a ser considerado um conceito ambíguo (Saranto & Hovenga, 2004), a literacia da informação<sup>5</sup> torna-se um tópico essencial para os actuais e futuros profissionais no campo da saúde.

Por outro lado, não basta o reconhecimento das necessidades informacionais, para as satisfazer, torna-se também necessário que os utilizadores possuam não só a capacidade de as entender, mas também de as satisfazer com os seus próprios meios (Miranda, 2006). Segundo esta autora, é essencial o reconhecimento da complexidade do mundo da informação, bem como da

---

<sup>5</sup> Capacidades necessárias para encontrar, recuperar, analisar e utilizar informação necessária. ALA - American Library Association.

interacção que se estabelece entre a informação e a estrutura cognitiva do utilizador. Ou seja, é proposta uma ligação entre as necessidades de informação e competências informacionais<sup>6</sup>.

## 2.2. Informação: que conceito para a enfermagem?

Como objecto de estudo, a informação vem sendo cada vez mais um campo aberto à transdisciplinaridade, afirmando-se essencial a diversos campos do saber. O interesse pela sua análise, vai portanto muito além dos seus atributos quantificáveis e mensuráveis (bit, ou binary digit), perspectivando-se a sua importância na área da comunicação, mas também a sua emergência como um fenómeno humano e social.

Todavia as diferentes abordagens, traduzem também diferentes opiniões sobre o que se entende por este conceito. Encontram-se também frequentemente referências a outros conceitos que lhe são próximos, se encontram associados, mas que não são exactamente a mesma coisa (nomeadamente dados e conhecimento) e embora se tentem encontrar definições para esta noção, a verdade é que aqueles que se dedicam ao estudo da ciência da informação, não concordam entre si, quer nas definições de informação, quer quanto às suas dimensões.

Estamos assim ao contrário do que se poderia supor no início deste capítulo, perante uma noção problemática e muito pouco definida. Nas palavras de Edgar Morin (2003), estamos perante uma noção nuclear mas simultaneamente ambígua. É uma noção que tendo emergido primariamente na área das telecomunicações, muito rapidamente se transmitiu para outras áreas como a cibernética e o domínio biológico (o ADN como uma espécie de “programa”) e da física. *“A informação é um conceito problemático, não um conceito - solução. É um conceito indispensável, mas não é ainda um conceito elucidado e elucidativo”* (p. 39). No entanto e ainda segundo este autor, tal não é uma razão para o rejeitar, mas antes para o aprofundar.

---

<sup>6</sup> A autora define **necessidades de informação** “como um estado ou um processo no qual alguém percebe a insuficiência ou inadequação dos conhecimentos necessários para atingir objectivos e/ou solucionar problemas, sendo essa percepção composta de dimensões cognitivas, afectivas e situacionais”. Por outro lado, define **competência informacional** como “um conjunto de competências individuais que possa ser colocado em acção nas situações práticas do trabalho com a informação”.

Ao abordar esta questão Losee (1997), defendia já a necessidade de se encontrar uma definição que fosse independente das diferentes disciplinas. Para este autor, a informação informa sempre sobre algo e pode ser definida como as características de output de um processo, as quais informam sobre esse processo e o seu input. A ideia de Losee, era a existência de uma definição simples que permitisse a migração do conceito sem confusão, que permitisse simultaneamente em determinada situação, uma perspectiva específica de cada disciplina e a utilização de uma terminologia comum. Por outras palavras, procurava-se encontrar uma definição capaz de fomentar a interdisciplinaridade.

Para efeitos desta dissertação, não se pretendendo uma discussão exaustiva do tema, adquire sentido que se proceda à análise quer deste conceito, quer dos que geralmente lhe estão associados, no sentido não de encontrar um “*conceito - solução*”, mas antes orientar o raciocínio que se pretende seguir.

Assim, segundo Raposo (2003), **dados** são conjuntos resultantes de observações consideradas isoladamente, são factos conhecidos, que podem ser registados e possuem algum significado. **Informação** refere-se à exposição acerca de uma entidade que permite tomar decisões ou assumir um determinado compromisso. O **Conhecimento** traduz a capacidade de utilizar a informação e é uma mistura fluida da experiência condensada, valores, informação contextual e perspectivas de peritos. Devlin (2000), refere que os dados se transformam em informação quando lhes é atribuído um significado, o que poderia ser traduzido em termos de uma equação: **Informação** = Dados + significado e que o conhecimento resulta da internalização da informação ao ponto de a utilizar, podendo resultar numa outra equação: **Conhecimento** = Informação internalizada + Capacidade para utilizar a informação. Ainda segundo este autor, a informação pode considerar-se uma “substância” que pode ser adquirida, armazenada e possuída por um indivíduo, ou por um grupo e ser transmitida de pessoa para pessoa ou de grupo para grupo, podendo dizer-se que existe na mente colectiva de uma sociedade, enquanto o conhecimento existe apenas na mente de uma pessoa individual. O valor da informação reside na capacidade de a transformar e conduzir ao conhecimento.

Para Angeloni (2003), os dados constituem a matéria-prima da informação, pelo que a sua qualidade influencia a qualidade quer da informação quer da decisão. São o início do processo, mas não significam por si só conhecimento útil para a tomada de decisão. O grande desafio consiste em transformar dados em

informação e informação em conhecimento, reconhecendo no entanto que é difícil a transferência de informação sem que tenham ocorrido algumas distorções. Para esta transformação, as tecnologias da informação podem proporcionar uma estrutura adequada para suportar a tomada de decisão e a consequente acção.

Figura 4: Sequência dos elementos para a tomada de decisão apoiados num ambiente informacional

Assim para se tomarem as boas decisões, ou as decisões necessárias, parece que bastaria a identificação das informações com a qualidade suficiente para suportar a decisão que oriente a acção. No entanto e mais uma vez, tal não é assim tão simples, pois o utilizador nem sempre consegue em termos formais, discernir quais as características que podem contribuir para a qualidade percebida da informação.

Para Sousa (2006), para que a informação se torne útil, esta deverá estar disponível no momento e local necessários e ser específica para as situações em concreto. Para este autor, o grande desafio para os enfermeiros centra-se na recolha e transformação de dados em informação e da informação em conhecimento, considerando e tentando minimizar as interferências que possam entretanto ocorrer.

Acresce ainda que o aumento constante do volume de informações (por vezes redundante) e conhecimentos, pode originar também dificuldades no momento de tomar decisões, sendo conhecido que a partir de determinado momento se atinge um ponto de saturação, a partir do qual ao aumento de informação disponível, não corresponde um aumento da sua utilização.

Na área da prestação de cuidados de saúde, tal pode dar origem a erros com repercussões directas na saúde dos cidadãos. Como refere Tierney (2001), possuir informação em demasia e mal organizada, pode induzir erros na tomada

de decisão tanto como possuir pouca informação, porque a informação de que necessitamos para tomar decisões, sobre os cuidados para um cliente não está imediatamente disponível, ou porque a informação não é pertinente.

Na medida em que os enfermeiros fazem uso de informação para planear, implementar e avaliar os cuidados prestados, é pertinente que se pense nas implicações que poderão advir para a enfermagem, quer em termos do seu valor para a tomada de decisões, quer para efeitos de continuidade de cuidados.

A informação de enfermagem em termos substantivos, é constituída por representações simbólicas dos fenómenos de interesse da disciplina e portanto coloca problemas específicos no que se refere quer à sua gestão, quer ao seu processamento e tem como atributos a exactidão, oportunidade e utilidade (Graves & Corcoran, 1989). Mesmo assim, poderia dizer-se que o que são dados para uns poderia ser informação para outros e vice-versa, pelo que se torna necessária uma definição que torne o conceito mais operativo.

À luz do que foi referido, da experiência profissional do autor e da reflexão sobre este conceito, poderia dizer-se que informação de enfermagem é o resultado de uma organização, transformação e análise de dados, de modo a produzir um significado, constituindo uma representação associada ao método de codificação/descodificação. Depende do contexto de modo significativo, sem o qual esta não existe e encontra-se na mente colectiva da sociedade ou grupo. Tem origem num conjunto de dados oriundos do processo de cuidar ou de situações com ele relacionados, que analisados num determinado contexto resultam em informação relevante para a prática profissional.

Todavia, fica-se não com uma definição, mas antes com uma ideia (que pode não ser consensual) sobre o conceito. Torna-se pois evidente a necessidade de se encontrar uma definição mais consensual e proveniente de um trabalho mais apurado, pois que para o desenvolvimento dos sistemas de informação, é necessário que se encontre um consenso sobre o que representa este conceito para se poder discernir o que dele se pode representar nos sistemas de informação. Esta é pois uma área em que se afigura necessário o desenvolvimento do conceito informação de enfermagem. Para Saranto & Hovenga (2004), este conceito, continua a ser entendido de forma ambígua pelos profissionais de saúde.

Os conceitos guiam aquilo que vemos e são essenciais porque proporcionam uma certa ordem às situações e aos eventos. Na disciplina de enfermagem, é essencial que os seus membros sejam capazes de articular e designar novos conceitos ou redefinir os existentes, o que pode ser conseguido através de diferentes estratégias (Meleis, 2005). Para Walker & Avant (2005), para se poderem descrever ou explicar os fenómenos, é necessário um cuidadoso desenvolvimento dos conceitos, que se afigura necessário quando estes são escassos ou não existem, quando estão disponíveis mas não são claros ou úteis e quando existe um substancial manancial de literatura proveniente da investigação, mas os resultados são inconsistentes.

Partindo das palavras de Walker & Avant (idem), poderemos dizer que nos encontramos na segunda situação e portanto será necessário um melhor entendimento deste conceito, que promova o desenvolvimento da teoria, bem como dos sistemas de informação. Neste sentido, Erdley (2005), partindo da utilização do modelo híbrido para o desenvolvimento de conceitos, chegou a uma definição de informação de enfermagem que seguidamente se transcreve:

*“Nursing information is contextually dependent, multidimensional, complex, and necessary for patient care. Essential elements of nursing information include intervention (doing for the patient and others), communication, form (attributes/traits), and value (commodity). Use of power can enhance or detract the value of nursing information in the patient care encounter.”* (Erdley, idem, p. 98).

Os autores concluem que o estudo realizado, é demonstrativo da dificuldade em encontrar uma definição para um conceito complexo e multidimensional e que esta é uma definição que necessita ser refinada.

Ressalta da definição apresentada, que o contexto é um elemento chave que influencia o seu conteúdo e interpretação e que é sujeita a compreensão e entendimento individual. Esta é portanto uma definição do conceito que necessita de desenvolvimento, sendo talvez recomendável que futuros trabalhos favoreçam um movimento interactivo entre abordagens indutivas e dedutivas para maximizar o seu desenvolvimento (Finfgeld-Connett, 2006).

No entanto, esta definição, apresenta-se como um ponto de partida e manifesta alguma concordância com a reflexão já referida. De notar ainda a utilidade da definição sugerida por Losee (1997), no sentido em que os processos que refere,

ao constituírem processos reversíveis, tornam possível pegar num output e conhecendo a natureza do processo, chegar até ao input, o que quer dizer que na análise dos processos informacionais, é possível compreender a natureza dos dados que produziram determinada informação. As reflexões de Losse, permitem ainda alertar para que se considerem dois aspectos importantes, o que é novo, e informação sobre o quê, que poderão orientar a análise sobre o valor atribuído a determinada informação e qual o seu contributo para a promoção da transição e continuidade de cuidados.

### **2.3. Informação e Tomada de Decisão em Enfermagem**

O aumento da complexidade quer das condições de saúde dos clientes, quer dos fenómenos sociais e económicos, capazes de influenciar o estado de saúde individual, das famílias e comunidades, permite perceber que o processo de tomar decisões no campo da prestação de cuidados de saúde, se vem também tornando progressivamente mais complexo, encontrando-se frequentemente inserido em contextos dinâmicos, mutáveis e portanto pouco facilitadores.

Para a disciplina da enfermagem, é pois importante que se compreendam quais as condições que podem influenciar a tomada de decisão, uma vez que têm implicações significativas na qualidade e oportunidade dos cuidados, pelo que este se tem tornado também um campo de investigação, a partir do qual se têm produzido evidências que permitem melhorar a sua compreensão.

A tomada de decisão em enfermagem, tem vindo ao longo do tempo a ser estudada a partir da utilização de diferentes métodos. Para alguns autores (Junnola, Eriksson, Salanterä, & Lauri, 2002), partindo da literatura existente, podem identificar-se duas fases distintas na tomada de decisão: uma fase diagnóstica, marcada pela observação do cliente, recolha e processamento de dados, que origina a identificação de problemas ou diagnósticos, e uma fase em que os planos de acção e as opções de cuidados dão origem às intervenções de enfermagem.

São também diversos os factores que podem influenciar a qualidade da decisão clínica. Jesus (2006), após revisão da literatura, refere que estes se podem agrupar em factores individuais (conhecimento e experiência do enfermeiro, tipo predominante de “locus de control”, valores, flexibilidade e género) e contextuais (natureza e contexto da actividade, complexidade do problema ou situação a

resolver, características dos clientes, intensidade de trabalho, prática reflectida, recursos e fontes e informação disponíveis). Este autor refere ainda um conjunto de teorias relevantes para a compreensão do fenómeno (teoria da decisão, teoria de processamento de informação, teoria de aquisição de competências, teoria do esquema, o conhecer o doente e até mesmo abordagens à luz da teoria do caos), concluindo que as abordagens analíticas, nomeadamente a teoria de processamento de informação, têm sido as mais utilizadas.

As teorias que são habitualmente encontradas na literatura e que se preocupam com o modo como as pessoas usam o conhecimento para atingirem diferentes propósitos, são segundo Greenwood (2000) de dois tipos: modelos prescritivos (como as pessoas devem tomar decisões) e modelos descritivos (descrevem como as pessoas realmente raciocinam e tomam decisões), referindo como exemplo de teorias prescritivas a teoria da decisão, e as teorias de processamento de informação e de aquisição de competências, como exemplos de teorias descritivas.

No mundo real, onde são necessárias capacidades para lidar com o único, a incerteza e os conflitos, os enfermeiros utilizam diferentes estratégias para a tomada de decisões. Segundo Offredy (1998), na tomada de decisão dos enfermeiros, podem ser observadas estratégias como o método hipotético-dedutivo, a análise da decisão, o reconhecimento de padrões e a intuição, sugerindo a evidência que os peritos e os iniciados diferem na utilização dessas estratégias (os primeiros usam mais a intuição e o reconhecimento de padrões, enquanto os segundos utilizam mais a formulação de hipóteses).

Na mesma linha de pensamento, Banning (2008), refere que os processos de raciocínio e as estratégias de pensamento, possibilitam a rápida revisão e análise da informação relativa aos pacientes, a avaliação do seu significado e formulação de acções alternativas. Este autor encontra igualmente diferenças nos processos de raciocínio entre enfermeiros menos experientes e mais experientes, utilizando estes últimos protótipos centrados nos pacientes para o desenvolvimento dos processos cognitivos, mas também a teoria do esquema, a sua experiência e intuição. Esta diversidade parece poder explicar as dissemelhanças encontradas por Taylor (2002), quer na quantidade quer na interpretação da informação clínica entre enfermeiros experientes e iniciados.

Para além destas estratégias, no decorrer deste processo os enfermeiros recorrem ainda a diferentes fontes de informação, sendo que o recurso a

indivíduos considerados como fontes credíveis na prática clínica, é o mais comum para o acesso ao conhecimento formal (Thompson, McCaughan, Cullum, Sheldon, Mulhal, & Thompson, 2001). O conhecimento experiencial é também utilizado como fonte de evidência para guiar as decisões. No entanto, se bem que tal seja necessário e que uma grande parte das decisões seja por ele influenciada, tal pode não ser suficiente como base para decisões clínicas, em virtude de alguns processos cognitivos que podem induzir erros na tentativa de atribuir sentido à informação que suporta a decisão (Thompson, 2003).

Porém, o recurso a informação inicial e posteriormente a informação adicional, é essencial para que se possa formar uma imagem e conhecer o cliente. Partindo do conhecimento sobre o cliente, os enfermeiros podem assim fixar objectivos, a direcção dos cuidados e as condições e formas de os implementar (Takemura, & Kanda, 2003).

Para o contexto da prática clínica, importa pois que se recolha informação de forma eficiente, se compreenda a sua importância e se reconheça a relação existente entre essa informação e a condição de saúde do cliente. Partindo da informação disponível, a reflexão poderá também guiar a recolha de novos dados e informações, que relacionados com os eventos observados, poderão ser úteis para a tomada de decisões sobre os cuidados necessários na situação actual. Reflectir sobre o conteúdo da informação, pode igualmente ser um elemento chave para discernir o que não é conhecido sobre a condição de saúde do cliente e das suas envolventes.

Esta aparente facilidade na análise aqui descrita, encontra-se todavia dificultada desde logo, pela questão do uso da informação clínica na prática. Efectivamente, estudos têm demonstrado que tal não é linear, quer a sua utilização, quer no tocante à sua utilidade para o processo de decisão (Thompson, Cole, & Dowding, 2005). A procura de informação detalhada que se revele útil em situações onde parecem existir objectivos em conflito, parece estar dependente da motivação e capacidade individual do enfermeiro e de influências organizacionais como por exemplo as rotinas de cuidados (Greenwood, Sullivan, Spence, & McDonald, 2000).

Um dos aspectos relevantes a ter em consideração quando se analisa a informação relevante para a tomada de decisão, será portanto a identificação das necessidades de informação dos utilizadores, as percepções que podem ter e que são influenciadas por diversos factores, como por exemplo os valores.

Efectivamente, quer a falta de informação situacional adequada, quer informação em demasia, ou a falta de conhecimento para processar informação apropriada às situações encontradas (Teekman, 2000), podem originar dúvidas na escolha de decisões adequadas às diversas situações da prática.

Teoricamente, à medida que aumenta o tempo de interacção entre o enfermeiro e o cliente, bem como o número de intervenientes no processo de cuidados, aumentará também o volume de informação, o que leva a considerar a limitação das capacidades humanas no seu processamento. Taylor (2000), refere que a teoria de processamento da informação vem demonstrar que a resolução efectiva de problemas, depende da capacidade individual de adaptação a essas limitações, sendo essa capacidade afectada pela capacidade individual em lidar com determinada quantidade de informação em dado momento e por factores que determinam a clareza e acessibilidade à informação, sejam eles quer de natureza interna, quer aqueles que dependem do ambiente externo.

Para a tomada de decisão e nomeadamente para a decisão clínica, os enfermeiros procuram e utilizam informação relevante proveniente da prestação de cuidados. Jesus (idem), considera que os termos *“processo de prestação de cuidados”* e *“processo de decisão clínica de enfermagem”* podem ser considerados sinónimos sendo a *“procura de informação adicional”* e a utilização de estratégias como *“relacionar informação”* e *“interpretar informação”*, aspectos essenciais para reforçar o conhecimento sobre o cliente. Estas estratégias de obtenção de informação, estão em concordância com o que referem Greenwood & King (1995), ao afirmarem que é necessária informação relevante sobre os clientes e que os enfermeiros saibam como a obter ou dar prioridade a determinada informação, para que se tomem decisões sobre os cuidados de enfermagem e se elabore um plano de cuidados.

Embora varie em função da situação e do contexto, o processo de tomar decisões, implica o reconhecimento claro de um problema ou situação, a recolha de informação necessária para a análise de alternativas possíveis e seleccionar aquela que se apresenta como a mais desejável ou exequível.

Face às possibilidades de aumento do volume de informação disponível, a capacidade dos enfermeiros em procurar e comunicar informação relevante, bem como a sua interpretação face a cada situação em particular, implicam a necessidade da aprendizagem do valor da informação, que reside na capacidade de influenciar a qualidade do processo de cuidados.

## 2.4. Informação e promoção da transição de cuidados

Para além do carácter legal inerente à documentação dos cuidados de enfermagem, a promoção da sua continuidade, é um dos objectivos da informação, assumindo-se este como um aspecto crítico para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados. A necessidade de evidência entre a associação da continuidade proporcionada e a qualidade dos resultados em saúde entretanto obtidos, sobretudo no campo das doenças crónicas, é segundo Servellen & D'Errico (2006), fundamental para justificar a pressão que é colocada por esta via sobre o sistema de saúde.

Apesar de se encontrarem diferentes termos associados a este conceito, os autores atrás citados, referem que os estudos encontrados numa revisão da literatura, mencionam diferentes categorias (informacional, gestão do processo e relação) e que apesar de ser um conceito valorizado, a sua relação com a qualidade dos resultados obtidos, permanece de certo modo confusa e complicada, quer devido às dificuldades em se encontrar uma definição, quer devido à falta de entendimento da sua conexão com os resultados, encontrando-se de facto, poucos estudos que demonstrem claramente que melhorando a continuidade, se melhora a qualidade dos serviços.

No entanto e independentemente dos termos e das categorias referidas, podemos considerar a continuidade de cuidados como *“um atributo do processo de assistência relativo à dimensão em que sucessivos comportamentos, no caso dos enfermeiros, mantêm uma linha de tendência, que visa atingir os objectivos, implícitos ou declarados, para os cuidados ao longo do internamento”* (Pereira, 2001, p. 34).

Num cenário em que se pretende essa continuidade entre diferentes contextos de cuidados (hospital, Centro de saúde e domicílio), podemos acrescentar que essa tendência de comportamento e fixação de objectivos, serão desejáveis ao longo quer do tempo, quer da transição entre esses diferentes contextos.

A continuidade de cuidados, assume-se pois como um aspecto importante da sua qualidade. Quando essa continuidade não se encontra assegurada ou se encontra em níveis abaixo do desejável, diversos efeitos não desejáveis podem ser perspectivados. Para Lee & Dean (1995), esses prejuízos abrangem quer o cliente (atrasos nos cuidados necessários, dor e sofrimento, insatisfação), quer os profissionais de saúde (utilização inadequada do tempo, duplicação de serviços,

insatisfação) e as organizações (testes desnecessários, utilização inadequada de serviços de elevado custo).

Um dos aspectos centrais quando se refere a continuidade de cuidados, é necessariamente a transmissão de informação sobre os clientes, a partir da qual se podem inferir problemáticas para uma assistência mais individualizada. Para Pereira (idem), a continuidade dos cuidados surge associada à qualidade da informação, à forma como é apresentada, à sua disponibilidade e utilização. Este autor refere ainda que a atribuição de importância a determinados aspectos da informação, joga também um papel importante, que depende do equilíbrio entre diferentes factores (derivados do contexto da profissão, do contexto da acção e do contexto dos sujeitos). A atribuição de valor a determinados itens de informação, influência portanto a tendência de comportamento e fixação de objectivos referidos anteriormente.

Ainda para efeitos da continuidade de cuidados, os enfermeiros recorrem a outros repositórios de informação, nomeadamente às estruturas de memória dos próprios enfermeiros e à passagem de turno (no caso do hospital), onde por excelência se partilha informação relevante sobre a condição de saúde dos clientes (Pereira, ibidem). Nestes processos, faz-se apelo quer a informação formal, quer a informação informal, contribuindo a informação informal, para uma visão mais holística dos clientes e para ajudar a compreender a sua situação (Ballard, 2006).

O recurso a outros tipos de repositórios, como notas pessoais dos enfermeiros ("Scraps") têm também sido referidas como meio de registo de informação importante e dos quais os enfermeiros fazem uso para a transmissão de informação durante a passagem de turno (Hardey, Payne, & Coleman, 2000). No entanto e apesar do seu aparente carácter dinâmico e de se tratar de uma fonte activa de informação, esta informação é aparentemente apenas para uso individual, não é documentada formalmente e é transmitida verbalmente, o que segundo Dowding (2001), poderá não ser o mais aconselhável, uma vez que existem limitações humanas para reter informação (teoria de processamento de informação). A comunicação verbal durante a passagem de turno, poderá pois não ser a forma mais efectiva de transmitir informação que possibilite o planeamento de cuidados.

Ao nível dos cuidados de saúde primários, contudo, a transmissão de informação, segue modelos diferentes, uma vez que não existe como no hospital, um

momento formal de passagem de turno. A informação é transmitida entre os enfermeiros de forma formal (registos) e informal (verbal), à medida das necessidades.

Já a transmissão de informação entre organizações, é maioritariamente efectuada no sentido do hospital para o centro de saúde e onde não existe plataforma de partilha de informação, através das tradicionais notas de alta, onde consta um conjunto de itens de informação, que refere os motivos do internamento, os tratamentos e cuidados de enfermagem prestados, assim como referência aos cuidados que necessitam de continuidade após a alta. A informação constante na nota de alta, é tradicionalmente organizada na lógica dos enfermeiros do hospital e dos serviços de onde é proveniente. Normalmente é também possível a comunicação telefónica entre os enfermeiros do hospital e centro de saúde e vice-versa, se for entendido necessária a clarificação de aspectos que constam (ou não) na nota de alta e que suscitam dúvidas.

Atendendo às necessidades de informação, Shim, Silfen, Patel, Chiu, Zhu, Kelly, et al (2006), apresentam um modelo que situa as categorias de necessidades de informação identificadas, em relação à sua adequação à comunicação verbal:

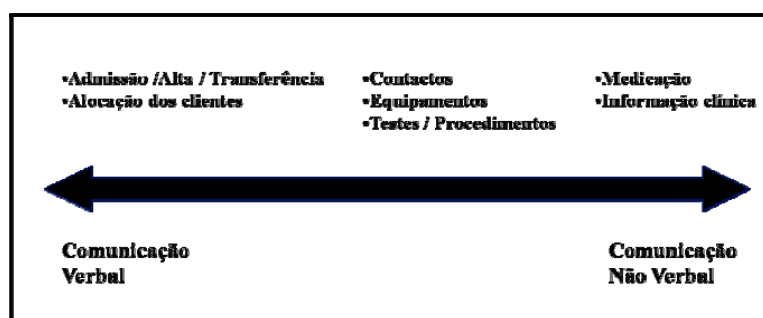


Figura 5: Necessidades em informação e sua adequação à comunicação verbal, (Shim et al, 2006)

A comunicação entre os enfermeiros, assume-se assim como uma variável importante a considerar para a efectividade da continuidade de cuidados. Considerando as problemáticas atrás referidas no contexto da prestação de cuidados hospitalares, pode inferir-se que a complexidade da comunicação da informação aumenta, quando várias organizações prestam cuidados a um mesmo cliente. Assume-se portanto a necessidade de melhorar a coordenação inter-organizacional como um requisito essencial para garantir a efectiva continuidade de cuidados. Neste sentido, os enfermeiros devem examinar cuidadosamente os modelos e estruturas que possibilitam a comunicação de informação, no sentido

da sua melhoria, requerendo-se simultaneamente a coordenação e planeamento intra-institucional e inter-organizacional (Anderson & Helms, 2000).

Entretanto pode-se constatar que a problemática das necessidades assistenciais desde a altura em que o cliente é admitido no hospital até que regressa a casa, tem vindo nos últimos anos a complexificar-se, originando novas exigências de coordenação entre os cuidados de saúde diferenciados e primários, difíceis de atender face ao aumento das necessidades. Assim, se tradicionalmente se afirma que a preparação da alta se inicia no momento da admissão, tal parece ser teoricamente desejável, mas na prática difícil de conseguir.

A reflexão sobre o assunto, não deixará de levar à constatação de que o tradicional modelo de assistência em saúde, se encontra praticamente esgotado nas respostas que pode oferecer, no que se refere às necessidades de acompanhamento entretanto surgidas, devido à crescente necessidade dos cidadãos em passar por diferentes níveis de cuidados. Torna-se pois necessário encontrar novas e inovadoras respostas para fazer face aos problemas encontrados.

Cada vez mais, os cuidados de saúde necessitam de uma extensão para além de um mero episódio de doença e são transversais a diversas organizações. A mudança necessária deverá pois facilitar as transições entre os diferentes níveis de cuidados, centrando-se menos nas organizações e equipas e mais nos clientes. Porém o que se vem verificando, é que tradicionalmente nenhuma organização prestadora de cuidados de saúde assume por si só a responsabilidade pelo acompanhamento dos cidadãos. Em consequência, verifica-se que apesar de não se poder falar em falta de recomendações sobre o que deve constituir um bom plano de alta, existe uma diferença entre o que é planeado e o que acontece no mundo real, sobretudo em organizações onde existe uma desadequada dotação de enfermeiros (Billings & Kowalski, 2008).

A perda de capacidades funcionais em resultado de episódios agudos de doença, é demonstrativa das necessidades de acompanhamento, existindo evidências para a noção de que a maior parte do trabalho de recuperação está ainda por fazer no momento da alta hospitalar (Tappen, Hall, & Folden, 2001). Durante este período de vulnerabilidade, as pessoas poderão ainda não deter as capacidades necessárias para gerir a sua condição de saúde, o que pode vir a comprometer a sua segurança e até aumentar as recidivas e a novo recurso a cuidados mais diferenciados.

O momento da alta hospitalar dá assim início a um período de transição do hospital para o regresso a casa, que coloca novos desafios aos pacientes e suas famílias. Segundo alguns autores (Kripalani, Jackson, Schipper, & Coleman, 2007), este é um período de vulnerabilidade, onde a descontinuidade predispõe à ocorrência de eventos adversos, nomeadamente em questões relacionadas com a gestão do regime medicamentoso.

Face a estas problemáticas tem sido referida na literatura a implementação de novos modelos de assistência, facilitadores da transição de cuidados e que pretendem desenvolver o cuidado transicional (tradução livre de “*transitional care*”), que pode ser definido, como um conjunto de acções destinadas a assegurar a coordenação e a continuidade de cuidados de saúde, aos pacientes transferidos entre diferentes locais ou diferentes níveis dentro da mesma localização. Baseia-se no estabelecimento de um plano adequado de cuidados e na disponibilização de profissionais treinados para prestar cuidados a pessoas com problemas crónicos. Estes profissionais, devem possuir informação relativa aos objectivos dos clientes, as suas preferências e estado clínico. Inclui ajustamentos logísticos, educação do paciente e família e coordenação entre os diversos profissionais envolvidos na transição (American Geriatrics Society, 2007).

Para que tal possa ser colocado em prática, são necessárias estratégias que visem assegurar a responsabilidade pelos clientes em transição; melhorar as capacidades dos profissionais e dos sistemas de suporte; permitir aos pacientes e cuidadores informais um papel mais activo nesses processos; providenciar incentivos financeiros e estruturais e iniciar um plano de melhoria da qualidade (HMO Workgroup on Care Management, 2004). Várias recomendações têm também sido apresentadas, nomeadamente a definição dos dados essenciais que permitam garantir a qualidade dos cuidados, sistemas de informação que facilitem o acesso à informação necessária e a comunicação entre os diferentes locais ao longo do contínuo de cuidados (Coleman, 2004 a) e a promoção da aquisição de recursos pelos pacientes e cuidadores informais, que possibilitem a sua participação na formulação do plano de cuidados, preparando-os para o seu papel durante o período de transição (Coleman, 2004 b).

Alguns destes modelos ao enfatizarem o acompanhamento dos pacientes e dos cuidadores informais encorajando-os a um papel mais activo, parecem demonstrar que poderá ser possível a redução das taxas de reinternamento

(Coleman, Smith, Frank, Min, Parry, & Kramer, 2004) e que o modelo de intervenção ao utilizar recursos já instalados tem um investimento modesto e suportável no mundo economicamente competitivo onde nos inserimos (Parry, Coleman, Smith, Frank, & Kramer, 2003).

Neste âmbito, Naylor (2000), levou a efeito diversos estudos nesta linha de intervenção e partindo do princípio de que uma exacerbação aguda de um problema crónico, não se encontra resolvido no momento da alta hospitalar, identificou diferenças na natureza dos problemas entre doentes do foro médico e cirúrgico, o perfil de idosos com risco de desenvolver complicações, factores indutores de stress no cuidador informal, necessidades de doentes idosos e contributos da enfermagem para responder a essas necessidades e para a tomada de decisões na referenciação de casos. O modelo de proximidade adoptado por Naylor, Bowles, & Brooten (2000), implica uma visão global de todo o processo e simultaneamente o seu acompanhamento e documentação, quer do paciente, quer do cuidador informal, desde o período em que se inicia a preparação da alta hospitalar até ao regresso a casa, sem limite de tempo pré-estabelecido, tendo o seu estudo demonstrado que a maioria das intervenções de enfermagem<sup>7</sup> se centrava no acompanhamento inicial, na continuidade e monitorização e que no seu conjunto eram reveladoras dos problemas dos pacientes.

Para que aconteça uma eficaz transição de cuidados e numa perspectiva multidisciplinar, em geral, devem ser identificados alguns componentes, nomeadamente a comunicação entre os profissionais que referenciam o paciente e os que o vão receber, nomeadamente para o estabelecimento de um plano de acção comum, a preparação do paciente e cuidador informal para o que esperar no próximo local de cuidados, actualização do regime medicamentoso, um plano de follow-up e uma discussão explícita com o paciente e cuidador informal, sobre os sinais e sintomas de alerta que poderão indicar um agravamento da condição de saúde e quem contactar (Coleman, 2003). A atenção dedicada à qualidade das transições de cuidados, deverá portanto ser mais baseada nas actuais condições de saúde dos clientes e não na emanação de “standards” de acompanhamento desajustados das necessidades do mundo real.

---

<sup>7</sup> A documentação dos problemas dos pacientes e das intervenções de enfermagem, foram analisadas através do esquema de classificação de problemas e intervenções do Omaha System.

Podemos ainda considerar que a partilha de informação e a comunicação entre as diferentes organizações, é um factor importante para a facilitação de uma transição de cuidados efectiva. O conceito de transição de cuidados, embora permita uma visão mais holística do processo, implica também uma modificação de atitudes e comportamentos dos diversos profissionais de saúde, favorecedores de uma abrangência multiprofissional e transdisciplinar, que promovam a participação activa dos clientes, mas também a fixação de objectivos que permitam transições saudáveis.

Na medida em que os enfermeiros no decurso da sua actividade, são simultaneamente produtores e utilizadores de informação, seja para tomar decisões sobre o processo de cuidados, seja para a promoção da sua transição, afigura-se importante uma definição mais clara do conceito de “informação de enfermagem” e a compreensão das necessidades informacionais e das competências necessárias para as suprir.

Vivemos na era da *“sociedade da informação”*, da qual a enfermagem não se pode alhear. Importa pois que os enfermeiros compreendam o valor da informação e se apropriem do conceito, na medida em que essa apropriação influencia o desenvolvimento dos SIE em suporte electrónico e a representação dos contributos da disciplina para a saúde das populações. A explicitação do valor único de cada disciplina é nos dias de hoje um imperativo que implica a confrontação e adequação dos paradigmas em uso aos desafios que se colocam.

Finalmente, é de referir que as transições pela sua natureza podem ser múltiplas e simultâneas e que portanto a transição de cuidados, quase sempre ocorre em paralelo com outras transições, nomeadamente de saúde / doença. Assim, este conceito, vem adquirindo importância para a disciplina, pelo que se justifica uma abordagem mais pormenorizada no capítulo seguinte.

## Capítulo 3: Transições, contributos para a trajectória dos cuidados de enfermagem

*“É a teoria que decide o que podemos observar”*

Einstein

---

Neste capítulo, apresenta-se uma reflexão sobre o contributo que o conceito de transição pode ter para o processo de cuidados. Partindo do princípio que a transição de cuidados, constitui um período caracterizado pela incerteza, stress e necessidade de adaptação, que podem predispor à vulnerabilidade, pretende-se analisar o contributo da teoria de médio alcance das transições para a uma assistência que permita a adopção de intervenções mais personalizadas, no sentido de se facilitarem transições saudáveis. São referidas algumas implicações relativas ao foco de atenção em estudo.

### 3.1. O conceito de transição

Ao longo dos processos de vida e do ciclo vital, as pessoas enfrentam mudanças nas suas vidas, algumas previsíveis e desejadas, como por exemplo o desenvolvimento de uma carreira profissional ou o casamento, outras são imprevisíveis e não desejadas, como por exemplo o surgimento de uma doença, ou gravidez não desejada. Estes acontecimentos implicam que as pessoas consigam mobilizar determinados recursos para enfrentar a mudança. A capacidade de adaptação para lidar com estes acontecimentos e com a necessidade de modificação de comportamentos, ou adopção e modificação de papéis, influencia a vivência de situações de crise que marcam o desenvolvimento dos seres humanos.

As mudanças na saúde e doença das pessoas, originam um processo de transição, tendendo esta situação a predispor à vulnerabilidade e aos riscos que podem afectar a sua saúde (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Assim a missão da enfermagem, consiste em facilitar o processo de transição, ajudando as pessoas a alcançarem transições saudáveis ao longo do seu ciclo vital (Meleis & Trangenstein, 1994), definindo-se transição como a *“passagem de uma fase de vida, condição, ou status para outra... refere-se aos processos e*

*resultados de uma complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e situação.”* (Meleis, & Trangenstein, 1994, p. 256).

Sendo complexas e multidimensionais, as transições possuem algumas propriedades comuns. São precipitadas por um evento significativo que requer uma modificação no tipo de resposta da pessoa, sendo necessárias novas estratégias por vezes até para lidar com as experiências comuns do dia-a-dia. Essas estratégias implicam o desenvolvimento de novas capacidades, relações e papéis. Uma outra característica é que se trata de um processo que necessita de tempo e é nesse período de tempo que ocorre a experimentação de novas estratégias e padrões de resposta, que são incorporados no repertório de cada um. Esse período de tempo é variável e depende da natureza da transição e de como ela influenciou determinados aspectos da vida da pessoa. Outra propriedade, consiste na mudança que ocorre na identidade, papéis e padrões de comportamento (Schumacher, Jones, & Meleis, 1999).

Sentimentos de incerteza, stress emocional, conflito interpessoal e preocupação, podem acompanhar a transição, daí que se torna necessária uma vigilância particular por parte dos enfermeiros e a criação de condições que facilitem o contacto frequente com os clientes. Uma perspectiva baseada nas transições, implica igualmente uma avaliação não linear pelo enfermeiro, mas antes ao longo de todo o período da transição, de forma a permitir a implementação de terapêuticas adequadas, proporcionando cuidados que acompanhem o movimento do processo de transição (Schumacher, et al 1999).

Após um trabalho inicial de análise de artigos publicados entre 1986 e 1992, que permitiu expandir as ideias e categorias já conhecidas, Meleis et al, (2000), partindo da realização de diversos estudos tendo a transição como perspectiva (maternidade, menopausa, diagnóstico de doença, emigração e papel do familiar cuidador), desenvolveram uma teoria de médio alcance, que expressa as relações entre os componentes do processo de transição (tipos e padrões, propriedades da experiência de transição, condições: facilitadoras e inibidoras, indicadores de processo, indicadores de resultado e terapêuticas de enfermagem), que é composto por três domínios: a natureza, condições e padrões de resposta.

Figura 6: Modelo de Transições: uma teoria de médio alcance, adaptado de Meleis et al, 2000.

A transição é despoletada por uma mudança no estado de saúde, no papel a desempenhar no âmbito das relações, nas expectativas e / ou capacidades e inicia-se quando a pessoa se consciencializa de que uma mudança está em curso, embora em algumas circunstâncias possa ser o enfermeiro a despoletar o seu início. Essa consciencialização influencia também o grau de comprometimento da pessoa com a transição. Os seres humanos atribuem significados aos processos de vida e têm sobre eles percepções, que são influenciados e influenciam as condições em que ocorre a transição. Os significados atribuídos aos eventos que precipitam a transição e ao próprio processo de transição, as crenças e atitudes e condição sócio-económica, podem facilitar ou dificultar transições saudáveis, assim como a preparação prévia, uma vez que o conhecimento sobre o que esperar durante a transição pode ser útil para lidar com o processo. Os recursos da comunidade podem também facilitar ou inibir a transição, sendo importante o suporte familiar e social, o acesso a informação relevante e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas. A sociedade tem também um papel importante, uma vez que o entendimento estereotipado e estigmatizante sobre determinadas transições tende a interferir com o processo de transições saudáveis (Meleis et al, 2000).

A transição constitui um dos conceitos centrais do domínio da enfermagem<sup>8</sup>, denota mudança no estado de saúde, na relação de papéis, expectativas ou habilidades e requer a incorporação de novo conhecimento e alteração de comportamentos, sendo pois necessária uma redefinição do self no contexto social (Meleis, 2005 a). Numa definição do metaparadigma<sup>9</sup> da enfermagem, a autora propõe a articulação entre os seus conceitos major da seguinte forma: o enfermeiro interage (interacção) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), o qual é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e se encontra em algum género de transição ou antecipando a transição (transição); a interacção enfermeiro – cliente organiza-se com algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção holística, cuidar), fazendo os enfermeiros uso de algumas acções (terapêuticas de enfermagem) para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar.

A importância da transição como um conceito central para a enfermagem, tem vindo a ser estudado. Num estudo de revisão (Kralik, Visentin, & van Loon, 2006), os autores referem que apesar de serem necessários estudos de carácter mais longitudinal, é possível afirmar que este é um conceito central para a enfermagem e que a transição ocorre ao longo do tempo, implicando desenvolvimento pessoal, relacional, situacional e mudança social ou ambiental, embora nem toda a mudança envolva transição, sendo essencial a reconstrução identitária.

Face à natureza das transições, os pressupostos para delinear estratégias de cuidado para um cliente em transição, inserem-se na compreensão da transição a partir da perspectiva de quem a vivencia. Conhecendo os seus padrões, o enfermeiro poderá proporcionar cuidados que valorizam o ser e que não se limitam a funções, papéis ou tarefas (Zagonel, 1999).

Tendo por base uma perspectiva que se alicerça no processo de transição, o enfermeiro poderá planejar as terapêuticas, ou intervenções terapêuticas, que podem ser desenvolvidas a partir de teorias de enfermagem já existentes. Como

---

<sup>8</sup> Para Meleis (2005) o domínio da enfermagem é uma entidade dinâmica, um território com limites teóricos e práticos. Os limites práticos derivam do corrente estado dos interesses de investigação que emergem das questões significativas para os membros do domínio. Os limites teóricos são formados pelas questões visionárias propostas para exploração, bem como as que ocupam a energia intelectual dos membros da disciplina.

<sup>9</sup> Segundo Alligood & Tomey (2004), o metaparadigma constitui o nível mais abstracto do conhecimento e determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina. Por sua vez a Ordem dos Enfermeiros (2001), define como conceitos centrais para a disciplina a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

exemplos podem ser referidos o toque, a suplementação de papéis, a protecção, a manipulação focal, o conforto e o uso do self com finalidades terapêuticas (Meleis, 2005).

Esta visão apresenta diversos contributos para a enfermagem. Sendo os enfermeiros os profissionais que apresentam maiores possibilidades de contacto continuado com os clientes, encontram-se em situação privilegiada para antecipar ou detectar as transições e identificar atempadamente indicadores de processo que podem facilitar a transição saudável ou aumentar a vulnerabilidade, permitindo assim o desenvolvimento de intervenções que propiciem resultados positivos.

Esta teoria tem vindo a ser referida como modelo que permitiu identificar factores importantes para a identificação de clientes que pudessem ser incluídos num programa de telemedicina, após a alta hospitalar (Marineau, 2005) e útil para a descrição dos processos de transição, facilitando o seu planeamento e dando um contributo para a recuperação e promoção da saúde (Skärsäter & William, 2006). Davies (2005), por outro lado, utilizando este modelo, encontrou no seu estudo dificuldades para representar a natureza interactiva do relacionamento entre cuidadores formais e informais, sugerindo a exploração do assunto em outros tipos de transição. McEwen, Baird, Pasvogel, & Gallegos (2007), no estudo que realizaram, argumentam que a teoria das transições de Meleis et al, facilitou a compreensão da natureza, condições e processos da transição saúde / doença, associada à diabetes num grupo de mulheres Mexicanas imigrantes, tendo sido possível desenvolver intervenções que originaram a obtenção de resultados que caracterizam uma transição saudável.

No que se refere à problemática deste trabalho, diversas inferências podem ser retiradas no que se refere à transição de cuidados entre diferentes contextos, problemática a que já anteriormente se fez referência.

A transição para a vivência de uma doença crónica pode significar perdas ao nível físico, psicológico, social e económico e cursar com episódios de incerteza e de exacerbação da doença, bem como períodos de estabilidade. Iniciar essa transição implica a reformulação do mundo pessoal e o ajuste de expectativas, que permita uma reconstrução onde se encontra um lugar para a doença e se reconstrua a identidade própria (Kralik, 2002). Pessoas com doenças crónicas após a alta hospitalar, necessitam de ajuda para lidar com a complexidade da sua condição de saúde, que é também influenciada por factores sociais, económicos e

emocionais (Bixby, Konick-McMahon, & McKenna, 2000). Tendo como modelo de análise a teoria das transições, os enfermeiros podem antecipar e detectar necessidades de aprendizagem, de novos conhecimentos e habilidades, os conflitos latentes e estratégias de adaptação necessárias, que possibilitem e facilitem a transição. Para a compreensão do processo de transição, é necessário descobrir e descrever as mudanças e os efeitos que estas produzem na vida da pessoa (Kralik, *idem*). Antecipa-se pois a necessidade de um acompanhamento continuado e de planeamento das transições, que garanta a comunicação efectiva entre os profissionais de saúde e os clientes, uma vez que se pode perspectivar a necessidade de cuidados entre diferentes contextos e em diferentes momentos.

Por outro lado, os cuidadores informais (o foco de análise deste estudo) apresentam diversas dificuldades na adopção do seu papel. Encontra-se uma relação significativa entre a condição de saúde do doente, os conhecimentos e capacidades dos familiares cuidadores e o suporte que percebem na transição do hospital para o domicílio (Petronilho, 2006). É também notória a falta de preparação, de informação e orientações dos cuidadores para lidarem com idosos dependentes (Imaginário, 2004; Martins, Albuquerque, Nascimento, Barra, Souza, & Pacheco, 2007), verificando-se também diferentes necessidades ao longo do período de transição do hospital para casa, à medida que os cuidadores integram o novo papel nas suas vidas (Shyu, 2000). Assim o planeamento do regresso a casa, necessita da preparação e do envolvimento antecipado do doente e seu cuidador, com partilha de decisões e orientações sobre o que esperar com a adopção do papel. O contacto de proximidade revela-se pois necessário desde a consolidação das tarefas mais instrumentais no domicílio, ao acompanhamento emocional e prevenção do stress do prestador de cuidados.

Após alguns eventos, nomeadamente no caso de acidente vascular cerebral, que implicam a redefinição de planos e prioridades e a integração de incapacidades no modo de vida (Green & King, 2007), a transição do hospital para o domicílio, pode implicar a desorganização da ordem temporal e colocar diversos desafios, que vão muito mais além do ajuste necessário às limitações físicas, podendo este processo de transição ser menos caótico, se for dada importância à necessidade de estabelecimento de rotinas de vida após o regresso a casa do doente e do prestador de cuidados (Rittman, Faircloth, Boylstein, Gubrium, Williams, & Puymbroeck et al, 2004).

Podendo as transições ser múltiplas, sequenciais e relacionadas, compreende-se então que a transição do doente, ou de um idoso dependente para o domicílio, irá desencadear a transição para o papel de prestador de cuidados de um familiar ou pessoa significativa. Para que essa transição seja saudável, é essencial que o cuidador se consciencialize das mudanças que estão e vão ocorrer na sua vida, nomeadamente no papel no âmbito das relações, que consiga reformular expectativas e que incorpore novo conhecimento e adquira capacidades, que lhe permita alcançar a mestria ao nível das capacidades instrumentais de apoio e de vigilância e lhe possibilite lidar com a condição de saúde do doente e fazer uso dos recursos disponíveis. Torna-se também essencial que ocorra uma reformulação identitária do prestador de cuidados, que conduza à adopção de comportamentos adequados às situações, que possam evitar o desenvolvimento de stress do prestador de cuidados.

Nesta sequência, outras transições necessárias para a adopção do papel de cuidador, podem ser antecipadas e para as quais contribuem aspectos relacionados com a experiência pessoal, as dificuldades na aprendizagem e desempenho de habilidades num ambiente diferente do hospital, o grau de dependência do doente, a relação existente entre o doente e o cuidador e eventuais dificuldades nesse âmbito, a forma como o doente encara o processo da doença, as expectativas para o exercício do papel, as necessidades de ajuste da vida familiar e de trabalho do cuidador, os recursos económicos, as redes de apoio, modificações necessárias no ambiente, como lidar com agravamentos do estado de saúde, as modificações no estado funcional ao longo da transição saúde / doença do dependente e a condição de saúde do próprio cuidador, factores culturais e de estilos de vida, são exemplos de situações com necessidades diferentes ao longo da transição e para as quais é necessária a recolha de um conjunto de informação por parte dos enfermeiros, que permita a sua antecipação e o planeamento de terapêuticas ajustadas a cada situação.

Torna-se também necessária a monitorização de diferentes indicadores de processo, que ao longo do tempo vão indicando se o cuidador informal evolui no sentido de uma transição saudável, bem como se a transição de cuidados decorre de forma adequada às necessidades e capacidades do cuidador e do doente. A percepção dos significados que o prestador de cuidados atribui à transição, é também importante no sentido em que os significados que são atribuídos ao

evento que despoletou a transição e à própria transição, irão influenciar as condições em que ela ocorre.

A diminuição do tempo de internamento hospitalar e o regresso a casa, tornam evidente o conceito de transição (que raramente resulta de uma escolha pessoal) e a consequente transição de cuidados. As questões inerentes às complexidades das transições e ao seu carácter fluído e dinâmico, obrigam a repensar os tradicionais estilos de actuação, no sentido de se prevenirem complicações e facilitarem transições saudáveis, através de um acompanhamento sistemático que permita a identificação de indicadores de processo e resultado. No âmbito da transição de cuidados, adquire relevância um indicador de processo proposto por Meleis e tal (2000), o qual consiste na pessoa sentir que existe uma ligação com os profissionais de saúde, que podem ajudar em caso de dúvida e que fornecem algum conforto, o que requer a continuidade dos contactos entre os clientes e os profissionais de saúde.

Utilizando o conceito de transição quer como perspectiva, quer como um modelo de actuação, a enfermagem pode providenciar então um tipo de actuação, muito além da visão biomédica, que não se centra tanto na doença, mas antes nas necessidades individuais, visualizando o ser como um todo, inserido num ambiente ecológico, socioeconómico, cultural e político, proporcionando assim uma visão mais global e favorecedora de intervenções que possibilitem o “empowerment” dos cidadãos.

A transição organizacional, que marca a passagem dos cuidados do contexto hospitalar, para o contexto dos cuidados de saúde primários e domiciliários, despoleta assim uma transição situacional que origina a necessidade da definição, ou redefinição na interacção de papéis. Não podendo a transição do prestador de cuidados ser dissociada da transição do doente, fica patente a necessidade de uma visão assente na prestação de cuidados centrada na família, que permita compreender o balanço entre o que o doente pode fazer e o que o prestador de cuidados deve fazer (variável ao longo do tempo), de forma a poder proporcionar o realinhamento necessário ao desempenho ao longo das trajectórias de transição individuais.

## Capítulo 4: Enquadramento

### Metodológico

*A ciência será sempre uma busca e jamais uma descoberta.*

*É uma viagem, nunca uma chegada.*

Karl Popper

---

Neste capítulo após a apresentação das problemáticas que justificam a realização deste estudo e a razão do foco de atenção de enfermagem seleccionado, serão abordadas as opções ontológicas, epistemológicas e metodológicas adoptadas para responder às perguntas de investigação e aos objectivos propostos. Será apresentado o contexto onde decorreu o estudo e realizada uma abordagem relativa aos instrumentos de recolha de dados e a forma como se procedeu à análise comparativa da informação documentada no hospital e nos centros de saúde.

#### 4.1. Justificação do estudo

A evolução científica e tecnológica ocorrida no último século contribuiu para modificações sociais e demográficas, com consequentes implicações no campo da saúde, permitindo avanços no conhecimento e domínio de problemas que afectam a vida e saúde das populações. Especialmente nos países mais desenvolvidos, as modificações produzidas na prestação de cuidados de saúde, estão na origem do aumento da esperança de vida e da eficácia ao combate de diversas doenças, o que originou também novas necessidades.

As respostas encontradas para fazer face a estas novas realidades e ao consequente aumento da procura de cuidados de saúde, têm passado pela reflexão e implementação de modelos assistenciais de saúde que procuram reorganizar e rentabilizar os recursos existentes, dimensionando-os num contexto influenciado pelas vertentes políticas, sociais e económicas.

As modificações sociais, demográficas e de saúde das populações, originam a necessidade de pensar a prestação de cuidados de saúde de uma forma integrada, procurando a sua adequação às condições de quem deles necessita,

centrando-se as preocupações não apenas na sua eficácia, mas também na sua eficiência e efectividade.

Esta realidade, implica a adopção de novas formas de actuação, para fazer face às necessidades assistenciais que tal quadro origina, podendo perspectivar-se nesse cenário, crescentes necessidades de processamento e análise de informação, que possa suportar decisões quer no contexto da prática clínica, quer ao nível organizacional e político.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular, esta é também a preocupação que tem fomentado o desenvolvimento de sistemas de informação. As dificuldades encontradas na gestão de dados, resultantes da prestação de cuidados, têm originado o recurso a aplicações informáticas que facilitem o registo e comunicação da informação sobre os clientes. Estas aplicações, segundo a Ordem dos enfermeiros (2005), devem estar integradas no sistema nacional de informação em saúde e permitir quer a consecução das finalidades dos registos de enfermagem (legais, éticas, qualidade, continuidade de cuidados, gestão, formação, investigação, avaliação e visibilidade dos cuidados de enfermagem), quer o desenvolvimento, descrição e acompanhamento dos cuidados de enfermagem nos seus diversos contextos.

Na dinâmica do processo de cuidados, os enfermeiros utilizam constantemente informação, que depois de interpretada, é susceptível de orientar a tomada de decisão clínica (e consequentemente o curso do processo). Segundo Pereira (2001), a prática de cuidados, é marcada pela aquisição, análise e interpretação de informação, do que depende a qualidade dos cuidados. Torna-se portanto necessária a gestão de um conjunto de informação pertinente para o processo de cuidados e facilitadora da tomada de decisão clínica, o que implica rigor na sua recolha e análise e não apenas o seu processamento de forma linear.

São conhecidos os problemas que derivam das dificuldades na gestão da informação. Com efeito, Tierney (2001), alerta que possuir informação em demasia e mal organizada, pode induzir erros na tomada de decisão, porque a informação necessária para tomar decisões sobre os cuidados para um cliente, não está imediatamente disponível, ou porque a informação não é de qualidade. Assim a sua utilidade deve ser considerada como refere Sousa (2006), à luz da sua relevância para a prática clínica e facilidade de acesso.

Aquilo a que assistimos em muitas situações, é que permanece ainda uma visão “*hospitalocêntrica*” da prestação de cuidados de saúde, que contribui para a crescente diferenciação e fragmentação entre as organizações, nomeadamente entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde na comunidade. Este quadro, não é favorável ao acesso a cuidados de saúde para uma grande parte dos cidadãos, uma vez que a realidade actual está na origem de processos de transição de cuidados entre hospitais, centros de saúde e domicílio, de crescente complexidade.

A implementação de políticas, que favoreçam a redução dos custos associados à prestação de cuidados de saúde, tem originado uma diminuição dos tempos de internamento, o que por sua vez despoleta novas necessidades em cuidados de enfermagem. Cuidados que anteriormente se prestavam em contexto hospitalar, são agora cada vez mais prestados no domicílio, o que reforça a necessidade de melhorar a qualidade da informação transmitida.

A existência de dificuldades na articulação entre os cuidados de saúde hospitalares e os prestados na comunidade, vem sendo referida na literatura há pelo menos 20 anos, identificando-se problemas no que se refere à coordenação, comunicação e partilha de informação (Mckenna, Keeney, Glenn, & Gordon, 2000; De Wit & Vam Dam, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007). Neste contexto, as insuficiências apontadas, podem contribuir para que os cuidados domiciliários possam ser inadequados, ou iniciados tardiamente. A coordenação de cuidados entre as diferentes organizações torna-se portanto uma área de atenção emergente, tendo sido apontada como prioritária para a transformação dos sistemas de saúde (The National Academy of Sciences, 2003).

A prestação de cuidados de saúde de forma não integrada, com uma visão centrada apenas nos problemas do momento, origina uma percepção limitada da realidade, com desconhecimento dos recursos existentes e da forma de os rentabilizar, o que atenta contra a melhoria da sua eficiência. Verificando-se que o contexto onde se insere o processo de cuidados (hospital ou comunidade), dita as necessidades de informação a gerir, no âmbito da partilha dessa informação, o desconhecimento das diferentes realidades coloca problemas na percepção acerca da utilidade da informação (Mckenna et al, 2000).

Um outro aspecto a considerar, reside na temporalidade da transmissão da informação (Werret, Helm, & Carnwell, 2001), acerca de determinado cliente (grupo ou comunidade). É essencial que os enfermeiros da comunidade, recebam

atempadamente a informação que lhes permita antecipar necessidades em cuidados, podendo também perguntar-se, se aos enfermeiros do hospital não fará falta informação prévia à admissão, que permita melhor compreender a condição problemática do cliente.

Afigura-se portanto importante, assegurar a efectiva transmissão de informação actual, relevante e de elevada qualidade entre as diferentes organizações, podendo a sua ausência contribuir para a fragmentação dos cuidados, insatisfação dos clientes e dos profissionais (Werret et al, 2001). Os resultados do estudo realizado por Hellesø, Lorensen, & Sorensen (2004), demonstram a necessidade de clarificar os requisitos da informação que actualmente é partilhada e que será um erro pensar que todos os elementos pertencentes a uma mesma profissão, têm a noção de quais as necessidades de informação a partilhar entre diferentes organizações, o que contribui para a manutenção de hiatos e para obstaculizar a melhoria da transição de cuidados. Para estes autores, a continuidade inter-organizacional dos cuidados, refere-se à comunicação e coordenação, bem como à partilha de informação estruturada ou não estruturada, entre profissionais de saúde aos diferentes níveis organizacionais.

A melhoria significativa da comunicação entre diferentes organizações, bem como a partilha de informação entre estas, conjuntamente com a introdução de tecnologias da informação, especialmente a existência de um processo clínico electrónico, têm sido estratégias apontadas na literatura (Hellesø, & Lorensen, 2005; Hellesø, Sorensen, & Lorensen, 2005 a; Sousa, 2006; Pereira, 2007) como uma das alternativas, para atender às dificuldades sentidas pelos cidadãos durante a transição de cuidados entre as diversas organizações e o domicílio.

Contudo, mesmo após a introdução de sistemas de informação em suporte electrónico, que possibilitam a partilha de informação entre diferentes organizações, subsistem ainda diversos problemas sobre os quais se torna necessária uma reflexão mais ponderada. Hellesø, Sorensen, & Lorensen (2005 b), ao compararem a informação documentada pelos enfermeiros entre o hospital e os cuidados domiciliários, concluíram que do ponto de vista organizacional, a introdução de sistemas de informação electrónicos, não teve implicações na forma como a informação é partilhada. Do ponto de vista profissional, o estudo demonstrou a necessidade de clarificação da informação necessária para os enfermeiros entre organizações diferentes.

No sentido de ultrapassar a dicotomia existente entre os cuidados hospitalares e os centros de saúde e de implicar os enfermeiros na reflexão sobre a informação a partilhar entre diferentes contextos, Sousa (2006), levou a efeito um projecto de investigação -acção, que culminou na implementação de um Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem entre o hospital e os centros de saúde. Estando este sistema em uso, torna-se pertinente procurar oportunidades de melhoria, verificando quais as dificuldades sentidas pelos seus utilizadores, bem como qual o seu impacto no processo de cuidados.

Sendo um dos propósitos dos sistemas de informação em enfermagem, favorecer a continuidade dos cuidados, do que depende em larga medida, a qualidade do processo da sua prestação, importa conhecer a relação entre a informação processada e documentada e a transição de cuidados, bem como conhecer quais as dimensões relevantes e que constam nos sistemas de informação.

Após a introdução e implementação de sistemas de informação na área da saúde, torna-se importante compreender como é que esses sistemas estão a contribuir para a melhoria dos processos assistenciais. A avaliação dos seus impactes, é vital para justificar os custos que os sistemas importam às organizações, mas também para evidenciar áreas de melhoria, devendo portanto ser facilitados e promovidos estudos que possam contribuir para o efeito (Nahm, Vaydia, Ho, Scharf, & Seagull, 2007).

Os SIE são segundo alguns autores (Currel & Urquhart, 2005; Kim & Park, 2005; Oroviogicoechea, Elliot, & Watson, 2008), uma área que necessita de mais investigação, uma vez que analisando a literatura, parece que a relação entre informação, sistemas de informação e a prática é ainda pouco compreendida (Currel & Urquhart, 2003), pelo que são necessários estudos que se foquem na documentação de enfermagem. O estabelecimento de consensos sobre o essencial da documentação de enfermagem, é um pré-requisito básico para a qualidade da informação nos sistemas de saúde do futuro (American Health Information Management Association, 2006) e para que os SIE possam contribuir para a transformação simultânea quer da prática quer da investigação (Lang, 2008).

Algumas evidências têm também sugerido, que a documentação de enfermagem tem revelado algumas deficiências para efeitos de auditoria, investigação (Ehrenberg & Ehnfors, 2001; Karkkainen & Eriksson, 2003) e de sistemática, relativamente aos dados associados aos diagnósticos (Brito, 2004). Assim, os

esforços a desenvolver neste domínio, devem contribuir para identificar quais os aspectos passíveis de melhoria.

Os dados dos clientes constantes nos sistemas de informação, permitem ainda a sua agregação com diferentes finalidades, tornando-se pois essencial a sua interpretação, que devido à implementação de sistemas de informação electrónicos, se torna mais relevante do que nunca.

A preocupação que fundamenta a realização deste estudo centra-se nestes aspectos, procurando relacionar a necessidade de partilha de informação sobre os clientes, entre diferentes organizações de prestação de cuidados de saúde (isto é, entre os hospitais e centros de saúde) e a sua relevância para a facilitação da transição de cuidados.

#### **4.1.1. Informação sobre o Papel de Prestador de Cuidados: um aspecto particular da informação a partilhar**

A necessidade de nomear o que os enfermeiros fazem, não é uma questão nova. Segundo Evers (2001), Florence Nightingale terá sido a primeira a identifica-la, associando-a à importância da procura de evidências sobre a eficácia da função social da enfermagem. Ainda segundo este autor, a lição que devemos retirar do passado é simples e clara, ou seja, o desenvolvimento da disciplina deve partir da combinação entre a nomeação do que os enfermeiros fazem e a procura de “evidências científicas”, congruentes com os valores que governam a enfermagem na sociedade e na ciência em geral. O desenvolvimento das diferentes classificações existentes, é representativo dos esforços desenvolvidos para alcançar esse objectivo. No entanto segundo Evers (2003), as classificações actuais, nomeadamente a NANDA e a CIPE®, necessitam de desenvolver os termos que permitem descrever as funções autónomas da enfermagem.

Apesar das necessidades de melhoria, essas classificações, possibilitam já a nomeação de um conjunto alargado de termos que traduzem a organização de conceitos e correspondem também a um esforço de formalização do conhecimento da disciplina. Assim, partindo da escolha dos termos pertinentes para a descrição da situação em concreto, torna-se possível a nomeação dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados de enfermagem.

Partindo da identificação de determinado foco de atenção, o enfermeiro recolhe informação que confronta com o conhecimento de que dispõe no momento,

escolhendo aquela que melhor permite a caracterização da realidade que percebe, dando assim origem a um julgamento que se concretiza num diagnóstico de enfermagem. O diagnóstico, assume pois elevada importância para o desenvolvimento do processo de cuidados, uma vez que é a partir da sua nomeação que se procede à escolha da, ou das, intervenções mais adequadas para fazer face aos problemas encontrados, facilitando simultaneamente a comunicação dos julgamentos dos enfermeiros sobre as respostas humanas à doença, aos processos de vida e de transição.

Contudo, devido à complexidade das respostas humanas, é impossível a sua completa representação em palavras ou a partir da escolha de termos de um qualquer sistema de classificação, pelo que Lunney (2008 a) advoga que se deve encarar esta limitação, comparando a construção de um diagnóstico à construção de um bom mapa de um território. Para se conhecer um território, são necessários mapas, pelo que para a enfermagem se tornam necessários “bons mapas” do território das experiências humanas.

Para a nomeação do diagnóstico, concorrem ainda diversos factores, entre os quais se encontra a recolha de dados, interpretação e a transformação de dados em informação (processo), sendo o produto, uma declaração curta e clara, expressa em termos concisos e que identifique o problema ou estado de saúde dos clientes (Carnevali, 1983). Creason (2004), considera ainda que os componentes do diagnóstico de enfermagem, necessitam ainda de clarificação, sendo a informação processada pelos enfermeiros uma ferramenta útil para a identificação de áreas em que não existem consensos. Apesar das evidências de que os diagnósticos são incluídos na documentação de enfermagem, torna-se necessária a melhoria da sua precisão (Müller-Staub, Lavin, Needham, & Van Achterberg, 2006).

A informação processada e documentada, tem ainda importância para a agregação de dados de enfermagem e para a consecução dos seus propósitos, referindo Pereira (2007), que os conteúdos clínicos do RMDE relativos à preparação dos familiares para as actividades de tomar conta (onde se inclui o Papel de Prestador de Cuidados), são aspectos ainda no âmbito dos modelos expostos.

Considerando a quantidade e complexidade da informação clínica constante no sistema de informação sobre a área temática deste estudo, tornou-se necessária a sua delimitação a um aspecto particular dessa informação, até como forma de

garantir a qualidade e o rigor da sua análise. Para esse efeito, foram considerados aspectos que estivessem de acordo com a preocupação acerca dos problemas de saúde sentidos pelas populações e com as problemáticas emergentes da reorganização do Sistema Nacional de Saúde, com repercussões na organização e prestação de cuidados de enfermagem, que pudessem estar representadas nas dimensões dos itens de informação que constituem a plataforma de partilha de informação.

A arquitectura de partilha de informação, foi concebida de forma a permitir a obtenção automática de dados de enfermagem que pudessem facilitar a continuidade de cuidados, independentemente do contexto em que se situa o enfermeiro que pretende aceder a determinada informação. Através de medidas de protecção de dados (controle de utilização, de transmissão e de acesso), o SPIE permite a troca de informação de enfermagem em tempo real, seleccionando o enfermeiro a informação que considera necessária, em função de um critério temporal, ou tendo em consideração o seu conteúdo (apreciação inicial, diagnósticos de enfermagem, intervenções, ...), preferencialmente utilizando termos definidos na CIPE®.

Para permitir esta funcionalidade, o sistema possui um interface, comum aos dois contextos de cuidados, com as funcionalidades básicas de um explorador de informação, que efectua as pesquisas a partir da selecção de várias opções para escolha dos itens de informação pretendida e em relação a um determinado cliente que esteja inscrito nos sistemas operacionais (SONHO, no hospital e SINUS no centro de saúde).

A partir do centro de saúde, o enfermeiro tem acesso à identificação dos clientes que se encontram inscritos no centro de saúde e que estão internados no hospital, dos que tiveram alta clínica nos últimos dez dias e à informação de base desses clientes, definida como relevante para a continuidade de cuidados. A partir do hospital, o enfermeiro tem acesso à informação de base processada no centro de saúde sobre os clientes internados e / ou família e que foi considerada como relevante para a continuidade de cuidados. A organização desta estrutura disponibiliza a informação em função de níveis de prioridade de acesso, conforme definidos no trabalho realizado por Sousa (2006).

Esta estrutura, permite a análise das intervenções implementadas para fazer face às problemáticas encontradas relativamente ao foco de atenção em estudo, facilitando a reflexão acerca da adequação dessas intervenções. A questão do

conhecimento das intervenções de enfermagem implementadas face a determinados grupos de clientes torna-se pois imprescindível para a avaliação da sua adequação em relação a determinadas problemáticas.

Entretanto para a escolha do foco de atenção para a realização deste estudo, são também de considerar as modificações demográficas em curso, a situação de saúde das populações e das políticas introduzidas no sistema nacional de saúde. Da análise destes factos, pode concluir-se que é de esperar um aumento do número de pessoas que, após a alta hospitalar terá de continuar a receber cuidados no domicílio, de pessoas portadoras de doenças crónicas e de idosos com diferentes necessidades de acompanhamento. Em Portugal, segundo Ministério da saúde (2004), as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, são as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade, constituindo um importante problema de saúde pública.

Estes fenómenos são ainda influenciados pelo considerável envelhecimento da população mundial, especialmente na Europa do Norte e Ocidental. No nosso país e segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), a população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) residente, representava 16,5% da população (1.709.099 pessoas). Já o Instituto Nacional de Estatística (2007), estima que nos próximos vinte e cinco anos, o número de idosos poderá mais do que duplicar o número de jovens, tendo vindo a verificar-se entre 1990 e 2006, o aumento em 35% da população com 80 e mais anos de idade.

Pode pois perspectivar-se, que cuidar de uma pessoa com doença crónica será cada vez mais frequente, cabendo esta tarefa na maioria das situações à sua família. Embora não sejam conhecidos os números do nosso país, nos Estados Unidos da América, estimava-se em 2003, que existiam 22,4 milhões de pessoas envolvidas na assistência a pessoas com 50 ou mais anos, sendo esperado que esse número aumenta-se em 2007 para os 39 milhões. O valor monetário dos cuidados prestados pelos familiares estimava-se em 257 biliões de dólares em 2000 (U. S. Department of Health and Human Services, 2003). Estes cuidados são uma actividade árdua, que vai mais além do estritamente técnico, exigindo cada vez mais capacidades e conhecimentos complexos, que podem permanecer invisível aos profissionais de saúde (De La Cuesta, 2005).

Devido à evolução da ciência, é hoje possível proporcionar o regresso a casa de pessoas com doenças crónicas, que ficarão dependentes de meios tecnológicos,

como são os casos de doentes com suporte ventilatório invasivo, ou não invasivo, nutrição parentérica total e de diálise renal e peritoneal. Contudo, para alguns desses cuidadores irão ser necessários níveis de perícia e capacidades que estes ainda não detêm (Davies, 2000), sendo que as teorias ou modelos existentes para cuidadores informais (de doentes terminais, com problemas cognitivos e idosos), não são directamente aplicáveis aos cuidadores de pessoas dependentes de meios tecnológicos (Smith, Pace, Kochinda, Kleibeck, Koehler, & Popkess-Vawter, 2002). Nestas circunstâncias, aspectos para além da mera focalização no processo de doença, influenciam a efectividade da actuação do prestador de cuidados e podem ser agrupados em conceitos referentes ao contexto de actuação do cuidador, aos conceitos que influenciam a sua adaptação, que por sua vez condicionam os resultados do processo (Smith, et al, 2002).

Estão pois criadas condições que fazem emergir novas necessidades em cuidados de saúde, que implicam a organização de respostas mais adequadas e um novo tipo de acompanhamento por parte dos profissionais de saúde, o que pressupõe uma estreita colaboração com as pessoas que irão garantir a assistência diária necessária.

Segundo a versão Beta2 da CIPE®, o **Papel de Prestador de Cuidados** é um tipo de Interacção de Papeis e possui as características específicas:

*“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos membros dependentes da família”* (p. 63).

Esta definição na versão 1, sofre alterações significativas passando a definir-se **Prestador de cuidados** como *“Aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”* (p. 172), sendo neste domínio incluída uma outra definição: **Membro da Família Prestador de Cuidados**, como sendo o *“Responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”* (p. 172), situando-os neste novo modelo da classificação, no eixo do cliente (a quem se dirige o diagnóstico e beneficia das intervenções) e não no eixo do foco (área de atenção), mas que pode integrar o diagnóstico de enfermagem, ficando claro o alvo da atenção dos enfermeiros. Faz-se ainda uma distinção, uma vez que apesar

de ser prestador de cuidados, essa pessoa pode ou não ser um familiar, o que permite perceber melhor a interação de papéis e os objectivos das intervenções de enfermagem, numa perspectiva sistémica das dinâmicas familiares.

O desempenho adequado desse papel, implica a necessidade do desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais, que permitam a satisfação das necessidades do receptor dos cuidados e a prevenção de complicações, susceptíveis de produzir agravamento na condição de saúde da pessoa dependente. É ainda necessário, que quem assume o desempenho do papel adopte um conjunto de estratégias adaptativas, que permitam a vivência deste processo de transição, passando a deter uma percepção positiva da auto-eficácia para cuidar do dependente.

Torna-se assim imprescindível uma visão sistémica das dinâmicas familiares, que favoreçam o exercício do papel de prestador de cuidados de forma articulada. Tal implica a compreensão das transições familiares, do doente e do prestador de cuidados, bem como as determinantes sociais, individuais, as perspectivas e motivações. Estamos assim perante a necessidade de redefinir os fundamentos do relacionamento enfermeiro / famílias, que permitam o desenvolvimento de parcerias com o prestador de cuidados que facilitem a melhoria do seu desempenho e o cuidado de si próprio (Schossler, & Crossetti, 2008).

Segundo o National Institute of Nursing Research (2001), nos últimos anos têm-se produzido diversos estudos, documentando as actividades desenvolvidas pelos prestadores de cuidados, que ajudaram a identificar a sua intensidade, tendo já em 1982 um estudo demonstrado que a maioria dos prestadores de cuidados tinha desempenhado esse papel entre 1 e 4 anos e que 80% exerciam esse papel durante 7 dias por semana, variando entre as 50 e 60 horas por semana dedicadas a esta actividade.

Uma síntese da investigação realizada por Knafl & Gilliss (2002), permitiu a identificação das diferentes respostas da família à doença crónica. Os estudos encontrados, podem agrupar-se em duas grandes áreas, a descrição e a explicação das respostas da família à doença crónica. Segundo os autores, os resultados obtidos permitem o desenvolvimento de formas de avaliação, que facilitem a identificação de aspectos importantes relacionados com a experiência familiar na vivência da doença, facilitando assim o desenvolvimento de intervenções individualizadas, que considerem as forças e dificuldades únicas de cada família.

Entretanto as habilidades da família para cuidar de um familiar, são complexas e exigem muito mais do que boa vontade ou motivação e envolvem a procura activa da resolução de problemas, pelo que breves períodos de instrução podem não ser suficientes para o desenvolvimento das habilidades necessárias (Shumacher, Stewart, Archbold, Dodd, Dibble, 2000).

Tem também vindo a ser identificado o impacto na saúde e bem-estar do prestador de cuidados (Schrage, Hovis, Morley, Quinn, & Jahanshahi, 2006; Andrén, & Elmståhl, 2007; Amendola, Oliveira, & Alvarenga, 2008), podendo a carga resultante do papel, ser considerado como o principal factor para o desenvolvimento do stress do cuidador (Tsai, 2003). Citando George & Gwyther (1986), Saunders (2008), refere que a carga resultante do desempenho do papel de cuidador é um conceito multidimensional, que pode ser definido pelas consequências adversas em termos físicos, mentais, sociais e financeiros a que conduz. Este autor, menciona ainda, associações significativas entre esses efeitos adversos e as características do prestador de cuidados (idade, cuidar de outra pessoa) e características do cuidado (comorbilidades da pessoa cuidada e ausência de pausas no desempenho do papel). A estas associações, pode ainda adicionar-se o estado funcional da pessoa dependente de cuidados familiares (Lin & Lu, 2005).

A qualidade de vida do prestador de cuidados, é portanto influenciada pela associação de diversos factores, entre os quais se podem destacar as características do doente e do prestador de cuidados, factores indutores de stress, a sua avaliação pelo cuidador, mecanismos de coping, o apoio social proporcionado (Lim & Zebrack, 2004), o tempo dispendido em cuidados e comportamentos do cuidador, a qualidade do relacionamento entre quem cuida e quem é cuidado e a percepção do cuidador relativamente à sua preparação para providenciar os cuidados necessários (Schumacher Stewart, Archbold, Caparro, Mutale, & Agrawal, 2008), podendo Os efeitos associados à carga do desempenho do papel, podem ainda ser estendidos a outros familiares no caso de doenças crónicas, onde questões de individualidade e colectividade necessitam de ser consideradas, ampliando-se assim o conceito de cuidador familiar (De La Cuesta, 2006).

Apesar do desgaste provocado no prestador de cuidados, efeitos positivos relativos ao desempenho do papel têm também sido referidos. Sentimentos como um novo conhecimento sobre si e dos outros e o sentir-se mais próximo dos seus

familiares, têm sido referidos e encontram-se relacionados com aspectos como a relação prévia com a pessoa de quem cuidam ou com a decisão própria de se tornar cuidador (López, López-Arrieta, & Crespo, 2005).

A transição do hospital para o domicílio é um período crítico de risco para a saúde quer do doente, quer do seu cuidador e dadas as características da transição, as necessidades do cuidador variam ao longo deste processo (Cameron & Gignac, 2007) e implicam a reestruturação da vida (Green & King, 2007; Silva-Smith, 2007) e a adopção e compreensão de um novo papel (Brereton & Nolan, 2002). As necessidades do prestador de cuidados diferem também entre si, parecendo estar relacionadas com os contextos e expectativas de vida, idade, família, trabalho (Zabalegui, Bover, Rodriguez, Cabrera, Diaz, & Gallart et al, 2008) e de género (Ekwall & Hallberg, 2007).

Todavia e apesar dos resultados que vêm surgindo na literatura, os cuidadores continuam a sentir-se desapoitados e existem evidências de desarticulação entre os cuidados hospitalares e domiciliários (Kerr & Smith, 2001, Petronilho, 2006), continuando a verificar-se que o planeamento da alta hospitalar persiste em não envolver adequadamente os cuidadores informais para que possam com segurança exercer o seu papel (Brereton & Nolan, 2000; Driscoll, 2000; Padilha, 2006), o que vem de encontro às preocupações identificadas pelo National Institute of Nursing Research (2001), segundo o qual persiste na literatura de enfermagem um hiato, particularmente no que se refere às necessidades educacionais e estratégias de ensino eficazes, permanecendo o conhecimento que detemos sobre os prestadores de cuidados e cuidado familiar, estático, estéril e teórico.

Existe portanto a necessidade de conhecer os processos inerentes ao desempenho do papel dos prestadores de cuidados, no sentido de melhor preparar a sua assistência, quer durante o internamento da pessoa de quem vão cuidar, quer após a sua alta hospitalar (Davies, 2000), mas também de saber quais as intervenções que os enfermeiros utilizam no sentido de os auxiliar no seu desempenho.

#### **4.2. Questões de investigação e finalidade do estudo**

A qualidade da informação adquire um papel preponderante para o desenvolvimento dos sistemas de informação e deve ser também um reflexo das

necessidades das pessoas a quem se dirige a prestação de cuidados e dos utilizadores do SIE. Ao longo deste percurso de reflexão muitas foram as perguntas que se colocaram e que permitiram a elaboração das questões centrais que orientaram o curso da investigação. Pretendia-se conhecer que informação documenta o enfermeiro sobre o Prestador de Cuidados? Da informação documentada, que informação é efectivamente partilhada com os enfermeiros dos centros de saúde, no momento da alta hospitalar? Muitas vezes nos questionámos se os enfermeiros no centro de saúde consultam de forma sistemática, informação relativa aos seus clientes que tiveram alta hospitalar? Por outro lado, também seria pertinente conhecer de que forma os enfermeiros percebem a informação partilhada? Será que a consideram como relevante para o processo de continuidade de cuidados? Será que a consideram suficiente para dar continuidade ao processo de cuidados?

Por isso, tornou-se pertinente conhecer qual a informação processada pelos enfermeiros, relativamente ao Papel do Prestador de Cuidados. Desta forma, será possível identificar o tipo de envolvimento do Prestador de cuidados no processo de cuidados e conhecer os resultados obtidos em desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais, que permitam uma transição adequada para o desempenho do papel.

É portanto neste enquadramento que é proposta a realização deste estudo. Se até determinado momento, a partilha efectiva de informação de enfermagem se caracterizava pela ausência de sistemática, constituindo-se como uma área problemática, a implementação do SPIE constitui-se como uma oportunidade para a melhoria da qualidade da informação de enfermagem e para a sua partilha (Sousa, 2006).

Face à problemática enunciada, a orientação para o desenvolvimento do estudo partiu de algumas questões que foram emergindo quer da experiência pessoal, quer da revisão da bibliografia efectuada:

- 1) Que informação relativa ao desempenho do papel do prestador de cuidados, é documentada e partilhada entre contextos de cuidados de saúde na transição de cuidados?
- 2) Qual o impacto da partilha de informação associada ao prestador de cuidados no momento da transição do hospital para o domicílio, na continuidade de cuidados de enfermagem?

- 3) Qual a percepção dos enfermeiros acerca da pertinência da informação partilhada sobre o prestador de cuidados, para a implementação de estratégias que favoreçam a continuidade assistencial?

No contexto escolhido, o estudo desenvolvido tomou como objecto de análise o SPIE, centrado na gestão do recurso informação partilhada sobre o prestador de cuidados e a sua dimensão relevante para a transição de cuidados. Partiu-se da identificação das dimensões associadas ao foco de atenção principal nos momentos de análise do estudo e das opiniões dos utilizadores sobre a informação partilhada, tendo como finalidade identificar o contributo dessa informação na implementação de estratégias de continuidade assistencial e clarificar aspectos inerentes à pertinência, qualidade e adequação da informação partilhada em função dos objectivos dos cuidados de enfermagem a prestar, num contexto que permita propor melhorias que favoreçam um melhor e mais rápido serviço aos cidadãos.

#### **4.3. Paradigma da investigação**

A discussão sobre a necessidade da existência de um paradigma que oriente a evolução do conhecimento, foi iniciada na década de setenta, pelo filósofo e historiador das ciências, Thomas Kuhn, a partir da sua explanação em *The structure of scientific revolutions*. Segundo Meleis (2005), a linha de pensamento introduzida por Kuhn, reflecte a ideia de que o conhecimento científico não evolui de forma linear e cumulativa, sendo o seu crescimento feito a partir de saltos qualitativos e descontínuos, que se processam através da competição de teorias entre si, até que se alcance a predominância de uma sobre todas as outras. Este período de domínio de uma teoria, chamado de ciência normal, será de novo posto em causa pelo despoletar de uma nova crise que vai repetir o processo de competição, sendo a transição de crise para o período de ciência normal o sinal de uma revolução científica. Deste ponto de vista, as revoluções científicas são inevitáveis para o desenvolvimento científico e os paradigmas incompatíveis entre si, sendo os aspectos úteis de uma teoria rejeitados, se essa teoria também o foi.

Quando um paradigma se torna dominante sobre todos os outros e é aceite pela comunidade científica, atinge-se um estado paradigmático, que representa a maturidade de uma disciplina e o período de ciência normal. Este conceito foi mais tarde substituído pelo próprio autor, por um outro que designou de *matriz*

disciplinar, acrescentando às ideias iniciais, a ideia de modelos explicativos para os problemas e soluções que são aceites pela comunidade científica durante o período de ciência normal (Meleis, *idem*). No fundo, a ideia de paradigma proposta por Kuhn, é representativa das crenças, valores, leis, princípios, metodologias e formas de aplicação e instrumentação, inclui suposições teóricas substantivas sobre o objecto de interesse e das áreas questionáveis de uma disciplina.

Contudo, esta visão proposta por Kuhn tem sido criticada por não corresponder à evolução histórica de determinadas ciências, entre as quais as ciências humanas. Assim, Meleis (*ibidem*) propõe a teoria da integração, que reflecte uma ideia de evolução da ciência, baseada na acomodação e refinamento teórico, bem como na colaboração entre indivíduos, pensamentos e ideias, apresentando-se portanto mais congruente com a evolução da disciplina de enfermagem, que progride através de uma matriz não linear. A autora salienta ainda, que numa disciplina que lida com seres humanos, não é praticável a ideia de que apenas uma teoria explique, descreva e prediga os seus fenómenos de interesse. Neste pressuposto, é advogado o pluralismo paradigmático, uma vez que na enfermagem são necessárias teorias que abranjam pessoas, interacções, a saúde, a doença e as intervenções de enfermagem, pelo que a existência de várias teorias (que possam mesmo ser vistas por alguns como estando em competição), que se dirigem a diferentes relações e se focalizam em diversos fenómenos, na realidade podem complementar-se entre si.

Subjacente ao enquadramento anterior, encontra-se a questão da percepção da realidade. Como refere Lopes (2006), o modo de cada um perceber a realidade (um mundo objectivo, ou um mundo permanentemente recriado pelo Homem e subjectivo), irá determinar as características do processo de investigação, quer no que se refere à escolha da metodologia, quer às técnicas de recolha de dados. Estas orientações filosóficas quanto à percepção da realidade podem ser agrupadas em duas visões, a visão recebida e a visão percebida.

A visão recebida, assenta numa perspectiva que deriva do “positivismo empírico” ou “positivismo lógico”, com origem no chamado círculo de Viena, que segundo Meleis (*op. cit.*), advogava uma amálgama lógica e diversos princípios sobre declarações verdadeiras e de representação da realidade (*a priori* e *a posteriori*), existindo apenas um método para a produção de ciência, o método científico. Segundo esta perspectiva, procura-se a representação objectiva e quantificável da

realidade, pelo que se encontra orientada para a utilização de metodologias quantitativas.

A visão percebida, baseia-se numa combinação de aproximações fenomenológicas e filosóficas, como alternativas para o desenvolvimento de teorias, aceita os valores, a subjectividade, a intuição, a história, a tradição e a realidade múltipla (Meleis, op. cit.). A verdade, segundo esta perspectiva, é dinâmica e pode ser encontrada nas interacções entre as pessoas e no seu contexto sóciohistórico (Giuliano, Tyler-Viola & Lopez, 2005). As conceptualizações resultantes da adopção desta perspectiva, não pretendem ser uma representação objectiva da realidade, mas antes a representação de uma perspectiva possível.

Consoante a percepção que cada um possui da realidade, esta será encarada face a um determinado paradigma, o qual pode ser encarado como uma *“forma de olhar o mundo, seguindo determinado tipo de pensamento”* (Basto, 1998, p. 25). Significa então, que um paradigma influencia a forma como se chega ao saber, a interpretação da natureza da realidade, os valores e a metodologia da pesquisa. Essa forma de ver o mundo e a linha de pensamento, são contudo diferentes, consoante as respostas que o investigador encontra face às questões que emergem dos conceitos inerentes a um paradigma e que segundo Denzin & Lincoln (2006 a) são quatro: axiologia (o ser enquanto pessoa moral no mundo), epistemologia (como conhecer o mundo e a relação entre o investigador e o conhecido), ontologia (questões a respeito da natureza da realidade e natureza do ser humano no mundo) e metodologia (quais os melhores meios para adquirir conhecimento sobre o mundo). As respostas a estas questões diferem entre paradigmas, pelo que a linha de pensamento e de olhar a realidade, será também diferente e portanto orientará também de forma diferente as linhas de acção.

A discussão sobre a adequação de um determinado paradigma, que fundamente a investigação em enfermagem, é já longa e tem dado origem a diferentes opiniões sobre o assunto, por vezes até fomentadoras de tensões entre as diferentes convicções. Não se pretende nesta dissertação entrar nesse debate, mas afirmar a concordância com a opinião de Weaver & Olson (2006), segundo a qual não existe um paradigma que inequivocamente se sobreponha a outro e que o conhecimento produzido pela investigação à luz dos diferentes paradigmas, deve ser valorizado pela sua contribuição para descrever, interpretar, explicar e prever a complexidade inerente à saúde e às respostas do ser humano à

doença. Para Weaver & Olson (idem), os diferentes paradigmas que têm sido utilizados na investigação em enfermagem (positivista, pós positivista, interpretativo e a teoria crítica), têm permitido a abordagem de uma determinada perspectiva de um fenómeno, o que tem contribuído para o enriquecimento do conhecimento da disciplina.

Na realidade, assiste-se hoje à incorporação de diferentes aspectos dos paradigmas, de tal forma que como argumentam Lincoln & Guba (2006), conflitos teóricos que outrora pareciam irreconciliáveis, podem agora encontrar pontos de convergência e que a disputa entre paradigmas, é provavelmente menos útil do que demonstrar como podem ser confluentes e onde e como se podem encontrar diferenças, controvérsias e contradições.

Neste pressuposto, têm vindo a emergir na enfermagem opiniões que advogam que a existência de múltiplos paradigmas são indicativos de uma ciência forte, florescente e com vantagens para a compreensão dos fenómenos complexos na área da saúde (Monti & Tingen, 1999). Defende-se também uma visão formada por teorias que se podem complementar entre si e na utilização de diferentes metodologias (Evers, 2003), bem como na combinação de métodos, desde que integrados na mesma visão paradigmática (Johnson, Long, & Wite, 2001; Watson & Smith, 2002; Winters & Ballou, 2004) e que o desenvolvimento do conhecimento da disciplina não é possível sem a integração e utilização de múltiplos modos de conhecimento (Giuliano et al, 2005).

Os princípios fundamentais que sustentam a possibilidade de produção de conhecimento e as metodologias possíveis de investigação, possibilitam portanto diferentes abordagens de um determinado fenómeno. Assim e na linha do que refere Basto (idem), de acordo com o paradigma adoptado, a investigação seguirá determinado percurso, pelo que se torna essencial a sua clarificação pelo investigador, sob pena de surgirem dificuldades na iluminação de determinado fenómeno. De facto, esta é uma questão que deve ter primazia em relação às questões sobre os métodos, uma vez que tem implicações ontológicas e epistemológicas fundamentais (Guba & Lincoln, 2000).

Para o desenvolvimento do estudo, partiu-se de um contexto definido em que o SIE em uso, com origem nos estudos de Silva (2001) e Sousa (2006), têm utilidade e implicações na prática clínica. Estes estudos, foram desenvolvidos segundo a perspectiva de uma realidade socialmente construída e onde os enfermeiros foram parte activa na apropriação dos problemas e na implementação de

estratégias de mudança, com a finalidade de dar resposta às suas necessidades em informação. Valorizou-se assim uma perspectiva relativista, segundo a qual as realidades são construídas local e especificamente (perspectiva ontológica), sendo os achados construídos, ou seja, não se busca a única resposta, mas antes uma resposta possível em dado momento e que é também influenciada pelos valores e conhecimentos do investigador que não é neutro. A representação da realidade, é uma interpretação construída através da interacção entre quem investiga e os agentes investigados (perspectiva epistemológica).

A investigação no âmbito dos sistemas de informação pode ser dita interpretativa, se for assumido que o conhecimento da realidade é obtido através de construções sociais como a linguagem, a consciência, significados partilhados, documentos, ferramentas e outros artefactos (Klein & Myers, 1999). Embora estes autores fundamentem a sua preferência pela hermenêutica filosófica, na linha dos trabalhos de Gadamer, apontam contudo a linha da investigação interpretativa, como uma direcção importante para esta área, que pode contribuir para a aquisição de conhecimentos profundos sobre o fenómeno dos sistemas de informação, incluindo a sua gestão e desenvolvimento.

A investigação da documentação, permite também identificar determinados aspectos do discurso profissional dos enfermeiros, podendo a análise do discurso sobre os fenómenos de interesse contribuir para o desenvolvimento da matriz social da enfermagem. O discurso assume ainda uma representação linguística, que se materializa na fala e na escrita e extra linguística, porque se encontra imersa nas actividades do dia-a-dia, no contexto sócio-histórico do sujeito e existência social (Pinho, Kantorski & Hernandez, 2009), podendo desvendar não apenas particularidades semânticas, mas também conflitos e posicionamentos, ajudando à compreensão desses fenómenos e do seu interesse para a construção da realidade social.

Assumindo que é o discurso que sustenta a acção, podem ser também realizadas inferências sobre o planeamento e continuidade de cuidados, ou seja, o que se encontra documentado nos SIE, é fundamental para o planeamento dos cuidados e tem repercussões directas sobre a qualidade assistencial e a saúde dos cidadãos. Assim a documentação de enfermagem serve para transmitir informação, mas também tem como função a representação daquilo que é importante e éticamente necessário reportar (Irving, Treacy, Scott, Hyde; Butler & MacNeela, 2006).

Expostos os pressupostos ontológicos e epistemológicos que orientam o estudo, fica então a necessidade de explicitação das opções metodológicas, que melhor poderiam contribuir para obter conhecimento acerca da problemática que se pretendia abordar. Centrando-se este trabalho no estudo de um fenómeno complexo e dinâmico, a informação partilhada entre contextos de cuidados de saúde no âmbito dos SIE, foi decidida uma abordagem qualitativa, uma vez que se pretendia interpretar a informação partilhada, para se conseguir uma melhor compreensão do assunto. Contudo, não se pretendia apenas a reprodução dos dados mas principalmente a sua análise, o que deve acontecer nas abordagens qualitativas, independentemente do tipo de dados obtidos, devendo essa análise reflectir quer as culturas, quer a acção social (Atkinson, 2005). Neste sentido, o investigador procurou colocar-se como um *bricoleur* interpretativo, cujo trabalho constitui uma montagem reflexiva e descritiva de momentos significativos e problemáticos da vida dos indivíduos (Denzin & Lincoln, 2006 b), envolvendo a interpretação a criação de algo novo, que permita ao leitor a visão de um fenómeno de uma nova maneira (Sandelowski, 1995).

Ainda em relação às opções metodológicas, tem surgido na literatura alguma confusão originada pela utilização dos termos qualitativo e quantitativo e a sua colagem aos paradigmas (Dootson, 1995), pelo que Rolfe (2006), advoga que para que se evitem confusões entre a distinção positivista / interpretativa (epistemológica) e quantitativa /qualitativa (metodológica), o termo qualitativo seja aplicado à descrição de métodos de recolha de dados, evitando-se assim problemas filosóficos, resultantes da tentativa de conciliar a visão positivista com a interpretativa, tornando por outro lado possível a combinação de métodos num mesmo estudo.

Como é óbvio, a investigação qualitativa (assim como a quantitativa) não está isenta de limitações, nomeadamente a de não proporcionar conhecimento generalizável e de aplicação directa. Contudo, tem também um contributo importante para a prática, uma vez que torna visíveis os processos e contextos, oferecendo novas perspectivas de trabalho (Benjumea, 2005) e tópicos para uma prática mais assente em processos de reflexão, podendo portanto contribuir de um modo diferente para a melhoria dos cuidados.

Face ao exposto e estando perante o estudo de um fenómeno complexo, que se enquadra num espaço sociotécnico, onde a incorporação das TIC nos processos de trabalho, é influenciada pela interacção que se estabelece entre os

utilizadores, os SIE e o contexto social onde se inserem, bem como a sua relação com as perguntas que orientam a investigação, foi decidida uma abordagem qualitativa. Segundo Berg (1999), a ênfase em abordagens qualitativas e a utilização de uma aproximação sociotécnica, podem trazer uma nova luz sobre as potencialidades dos sistemas de informação na prática clínica e melhorar o conhecimento sobre esta temática.

Ao pretender conhecer a problemática que fundamenta a realização deste trabalho, para além dos resultados do investigador, obtidos a partir da análise documental e de conteúdo, interessava conhecer também a opinião dos utilizadores do SPIE. Pretendeu-se adquirir uma outra perspectiva do fenómeno em estudo, uma outra peça do puzzle, tendo-se procedido então à aplicação de um questionário aos enfermeiros dos centros de saúde e unidades de saúde familiar inseridos no contexto onde decorreu o estudo. O questionário foi neste estudo utilizado como uma fonte de dados, que pretendeu fornecer uma perspectiva complementar do fenómeno em análise.

Trata-se de um estudo descritivo simples, que segundo Fortin (1999), consiste na descrição simples de um *“fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta”* (p. 163). Assim, face ao quadro conceptual elaborado, que fornece uma perspectiva do estudo e permite a ligação entre conceitos e a descrição do fenómeno, parte-se para a interpretação teórica dos resultados e das ligações que se podem estabelecer, embora como refere Fortin (idem), se procure a obtenção de um perfil geral do fenómeno e não o exame dos tipos e graus de relações que se possam estabelecer.

#### **4.4. O contexto**

Para a realização do estudo, foi seleccionada uma organização de saúde onde existisse um sistema de partilha de informação de enfermagem em uso, dado que se pretendia estudar a continuidade informacional, relativa ao foco de atenção escolhido, entre diferentes contextos de cuidados de enfermagem e que fruto da reformulação dos SIE e derivação para suporte exclusivamente electrónico, possibilitasse aos actores usufruir das vantagens que as TIC podem proporcionar. Neste sentido, a escolha lógica recaiu sobre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), por se tratar de uma instituição que utiliza nas suas unidades

de saúde a partilha de informação de enfermagem entre o hospital e os centros de saúde.

A ULSM foi constituída através do Decreto-lei 207/99 de 9 de Junho de 1999 e é uma entidade pública empresarial, estabelecida pelo Decreto-lei 233/2005 de 29 de Dezembro. O Decreto-lei que lhe deu origem, tinha como propósito melhorar a gestão e articulação das instituições entre si e com outras numa mesma área geográfica, reconhecendo que as crescentes exigências das populações em matéria de satisfação de necessidades em saúde, implicam a gestão integrada de recursos e a reengenharia organizacional do sistema de saúde, no sentido de garantir condições de integração dos cuidados, a colectivização dos problemas e a partilha de responsabilidades e recursos.

A ULSM encontra-se integrada no Serviço Nacional de Saúde e integra o Hospital Pedro Hispano, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Pública e os Centros de Saúde de Matosinhos (compreende as Unidades de Saúde Familiar (USF): Atlântida, Horizonte e Oceanos), Senhora da Hora, São Mamede de Infesta e Leça da Palmeira (compreende as Unidades de Saúde Familiar: Lavra, Perafita e Santa Cruz do Bispo). Consultando a sua página na internet<sup>10</sup>, verifica-se que abrange uma população predominantemente urbana de cerca de 430 000 habitantes e tem como objecto a prestação de cuidados de saúde e o desenvolvimento de actividades de investigação, formação e ensino e como missão a identificação das necessidades em saúde da população do concelho de Matosinhos, que se concretiza pelo fornecimento de uma resposta integrada num contínuo de serviços através de uma rede que possibilite ganhos em saúde e uma eficiência técnica e social de nível superior.

A plataforma de partilha de informação em uso na ULSM, baseia o seu modelo no conceito de “Processo de Enfermagem” e apresenta uma arquitectura e requisitos técnicos e funcionais, em consonância com os princípios básicos recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (2007), nomeadamente a utilização da CIPE® como referencial de linguagem e o relacionamento entre diagnósticos, status, intervenções e dados da observação e vigilância dos clientes. O SPIE, constitui um módulo de informação dentro do sistema de informação global, tendo todos os enfermeiros acesso à informação através da aplicação informática SAPE, que permite aos enfermeiros do hospital, a consulta em tempo real do processo de enfermagem do utente do centro de saúde e vice-versa.

---

<sup>10</sup> Informação disponível em <http://www.ulsm.com/> em Agosto de 2009

São referidas pela organização várias vantagens da partilha de informação, nomeadamente a uniformização da linguagem, a facilitação do planeamento de cuidados e a gestão do tempo, a promoção do desenvolvimento do espírito crítico - reflexivo, a melhoria da qualidade dos registos, a visualização rápida da informação referente ao utente, maior visibilidade dos cuidados de enfermagem, melhor transmissão da informação, a melhoria dos cuidados e a promoção da sua continuidade. O modelo do SPIE em uso na ULSM resultou do trabalho desenvolvido por Sousa (2006) e tornou possível o acesso a informação relevante para a transição de cuidados, independentemente do contexto da sua prestação.

O contexto da realização do estudo, foi portanto o de uma instituição onde existia já bastante experiência no desenvolvimento e implementação de sistemas de informação em enfermagem, com extensa participação dos utilizadores, onde decorrem diversos estudos que fazem uso da documentação produzida pelos enfermeiros na sua prática clínica e que procedeu ao alargamento da utilização de sistemas de informação informatizados, a todas as unidades, serviços de internamento hospitalar, centros de saúde e unidades de saúde familiar.

A plataforma de partilha de informação em uso na ULSM apresenta-se como um exemplo de uma estrutura facilitadora do fluxo informacional entre o hospital e centros de saúde, sendo à data da realização do estudo, a única a utilizar um sistema que obedece a requisitos técnicos e funcionais, que possibilitam a existência de um modelo que permite o acesso a dados de saúde relativos aos cuidados de enfermagem e uma maior integração do SIE.

#### **4.5. Momentos do estudo**

Após a definição da metodologia a adoptar, foi obtida a autorização do Conselho de Administração da ULSM para a realização do estudo (Anexo 1), garantindo-se o respeito pelos princípios éticos inerentes aos estudos de investigação, nomeadamente a salvaguarda do anonimato e a confidencialidade a respeito da informação consultada, sendo posteriormente obtida autorização para a distribuição de um questionário dirigido aos enfermeiros dos centros de saúde e unidades de saúde familiar, que tinha como finalidade conhecer as suas percepções em relação a alguns aspectos gerais do SPIE e mais concretamente sobre a informação efectivamente partilhada em relação ao foco de atenção em estudo.

Num primeiro momento, foi obtida informação relativa aos casos em que foi identificado nos serviços de Cirurgia e Medicina do Hospital Pedro Hispano, o foco de atenção de Papel de Prestador de Cuidados, entre os meses de Abril e Agosto de 2007, procedendo-se à análise documental destes casos. Num segundo momento, foi obtida informação relativa unicamente a doentes que se encontravam inscritos nos centros de saúde e nas USF da ULSM. Esta informação reportava os dados existentes no momento da alta do hospital e no momento do primeiro contacto de enfermagem no contexto comunitário, desde que este contacto não ultrapasse 15 dias após o momento da alta hospitalar.

Após o agrupamento dessa informação, a análise de conteúdo à documentação de enfermagem, teve como referência o modelo de análise (fig. 9), adaptados de estudos anteriormente realizados (Silva, 1995; 2001; Sousa, 2006), que permitiu identificar em relação ao contexto em análise (informação relativa ao Prestador de cuidados), quais os focos de atenção, as suas dimensões e as intervenções de enfermagem associadas, bem como as modificações produzidas na evolução dos juízos diagnósticos (status do fenómeno), de forma a tornar evidente qual o teor da informação partilhada.

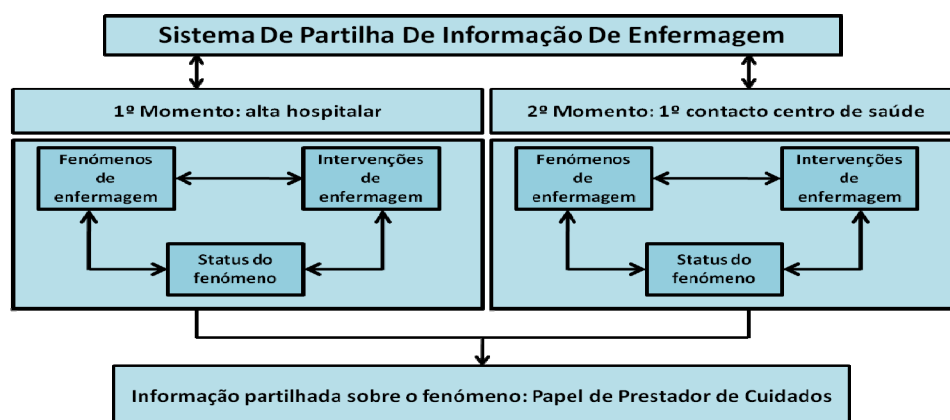


Figura 7: - Modelo de análise da informação no segundo momento do estudo

Após a análise documental procedeu-se à análise comparativa do fluxo de informação partilhado entre hospital e centro de saúde.

Na fase final do estudo procedeu-se à recolha de dados, através de um questionário dirigido a todos os enfermeiros dos centros de saúde da ULSM, acerca da sua percepção sobre a pertinência da informação partilhada sobre o prestador de cuidados, para a implementação de estratégias que favoreçam a continuidade assistencial.

#### **4.6. Técnicas de recolha e tratamento dos dados**

Se por um lado a utilização das TIC no campo da saúde, pode trazer diversas vantagens, acarreta também uma série de preocupações, nomeadamente no que respeita aos requisitos de segurança e da ética. O teor da informação que consta nos sistemas de informação em saúde, obriga à necessidade da adopção de medidas rigorosas de segurança, que protejam a privacidade dos clientes, pelo que o acesso a essa informação, quer com finalidades inerentes à prestação de cuidados, quer para efeitos de auditoria ou investigação, deve atender a rigorosos princípios sigilo profissional e de salvaguarda da identidade dos clientes. Desde o início da realização deste trabalho foi preocupação a salvaguarda do anonimato e da privacidade das pessoas envolvidas no estudo e dos dados que foram alvo de análise.

Na primeira fase do estudo, foram utilizadas a análise documental e a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2006), a análise documental constitui a fase preliminar da constituição de uma base de dados e tem por objectivo representar a informação de outro modo, usando procedimentos de transformação, de forma a permitir o seu armazenamento e facilidade de acesso pelo observador, possibilitando assim obter o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). O tratamento dessa informação foi efectuado de forma sequencial, conforme a classificação – indexação pretendida, dando origem a uma organização final dos dados, onde se pôde comparar a informação relativa ao papel de prestador de cuidados, tendo em consideração o contexto onde foi documentada (hospital ou centros de saúde) e momento (momento da alta e primeiro contacto de enfermagem após a alta). Tornou-se também possível a comparação entre os diagnósticos e intervenções de enfermagem, em cada um dos diferentes momentos e o estabelecimento da sua relação com as áreas de cuidados privilegiadas pelos enfermeiros, na transição entre contextos de cuidados.

Pretendia-se também compreender o que o conteúdo dessa informação poderia revelar, pelo que se procedeu à sua análise de conteúdo. Para Bardin (2006), a análise de conteúdo difere da análise documental, na medida em que tem por objectivo a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo), facultando assim a evidência de indicadores que permitam inferências sobre uma realidade diferente das mensagens. Este tipo de procedimento constitui uma forma clássica de análise de material escrito, independentemente da sua origem

(Flick, 2005). Contudo, a análise a efectuar depende do tipo de texto a analisar (a transcrição de uma entrevista, de uma observação, de um texto dos media, ...), uma vez que se poderá pretender interpretar dois tipos de conteúdo, o conteúdo manifesto, ou o conteúdo latente<sup>11</sup>. Para a realização deste estudo, foi utilizado o exame do conteúdo manifesto, uma vez que os dados disponíveis para a análise eram provenientes da documentação dos cuidados de enfermagem, constante no SPIE, procedendo-se a uma análise de forma retrospectiva e como tal de difícil inferência sobre os sentidos atribuídos pelos enfermeiros a essa documentação.

Um outro aspecto consiste em determinar se a análise de conteúdo beneficia mais com uma análise quantitativa, ou com uma análise qualitativa<sup>12</sup>. Para este estudo era relevante a presença ou ausência de determinado tipo de conteúdo e não tanto a sua frequência. No entanto, para a descoberta da significação das mensagens é essencial o contributo da perspectiva quantitativa e qualitativa (Landry, 2003). Assim, quer a partir da distribuição das frequências do conteúdo em análise, quer pela sua presença ou ausência, foi possível a realização de um trabalho de interpretação e atribuição de significado ao material recolhido.

Assim, procurou-se agrupar os dados em função do que poderiam transmitir em relação ao desempenho do papel do prestador de cuidados, chegando-se assim às áreas de atenção privilegiadas pelos enfermeiros quer no momento da alta hospitalar, quer no momento do primeiro contacto em contexto dos centros de saúde. Efectuou-se em seguida a análise comparativa da informação documentada no hospital, no momento da alta e nos centros de saúde e USF, no momento do primeiro contacto após a alta hospitalar. Para esse efeito procedeu-se à análise de conteúdo dessa informação, no sentido de se verificar se existia continuidade no seu fluxo e portanto se poderia inferir-se a existência de continuidade informacional.

O questionário (Anexo 2), lançado no quarto momento do estudo, teve como alvo os enfermeiros utilizadores do SPIE dos Centros de Saúde da ULSM. Este instrumento de recolha de dados foi escolhido em função das vantagens que apresenta e da realidade do contexto onde iria ser aplicado, ou seja, é possível a

---

<sup>11</sup> Landry (2003), refere-se ao conteúdo manifesto como ao que é dito ou escrito no texto de forma explícita, enquanto o conteúdo latente é o que está implícito, não expresso, ao sentido oculto e elementos simbólicos do material em análise. O autor considera que toda a análise de conteúdo, deve iniciar-se com o exame do conteúdo manifesto.

<sup>12</sup> A análise quantitativa de conteúdo, consiste na redução do material a categorias analíticas, a partir das quais se podem produzir distribuições de frequência, estudos de correlações, análises factoriais, etc. A análise de conteúdo qualitativa coloca a ênfase nos matizes, nas semelhanças e nas diferenças que sobressaem das categorias analíticas (Landry, idem).

sua aplicação simultânea a um grande número de sujeitos quando estes estão repartidos por diversos locais, o que caracterizava o contexto do estudo, pois os enfermeiros encontravam-se dispersos por uma vasta área geográfica e nem sempre em presença constante no centro de saúde, uma vez que se deslocavam com frequência ao domicílio dos utentes, tornando difícil uma abordagem a vários enfermeiros de uma só vez. Para além disso, pretendia-se recolher a opinião dos enfermeiros utilizadores do SPIE em contexto da prática clínica e não apenas de enfermeiros peritos na área dos SIE. Para Ghiglione e Matalon (1992), quando se pretende compreender fenómenos como as opiniões e preferências, as quais só são acessíveis de forma prática através da linguagem, a utilização do inquérito é a alternativa às técnicas de observação. Por outro lado, a racionalização do tempo que a sua utilização permite, foi também um dos factores que influenciou a sua escolha. Face à dificuldade percebida em contactar directamente com os enfermeiros, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros chefes dos centros de saúde da ULMS, que distribuíram e recolheram os questionários.

A construção das perguntas a efectuar, resultou da consulta a trabalhos anteriores neste contexto (Sousa, 2006) e da análise entretanto iniciada à documentação de enfermagem segundo o modelo de análise. O questionário era constituído por duas partes, onde após o fornecimento de instruções sobre o preenchimento e da garantia da manutenção do total anonimato das respostas, se seguia um conjunto de questões de cariz sócio - demográfico, com a finalidade de proporcionar a caracterização da amostra (parte I). Esta secção do questionário permitiu a caracterização dos inquiridos essencialmente em função do tempo de exercício profissional e do tempo de exercício no serviço actual.

A segunda parte do questionário era constituída por questões fechadas e abertas, pretendendo-se recolher dados relativos quer à utilização do SPIE de uma forma geral, quer em relação à informação partilhada relativamente ao foco de atenção em estudo. Pretendia-se conhecer em que medida os enfermeiros utilizavam o SPIE e com que frequência, no sentido de se compreender qual o impacto que a utilização da plataforma de partilha de informação, no planeamento dos cuidados de enfermagem. As questões seguintes pretendiam recolher dados em relação à percepção dos inquiridos, quanto à contribuição do sistema de partilha de informação em uso, para a facilitação da articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, bem como para a compreensão da

evolução das situações que requeressem cuidados de enfermagem. Por isso, questionámos os enfermeiros sobre:

- A adequação da informação partilhada no momento da alta para efeitos de continuidade de cuidados;
- A actuação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, face à informação disponibilizada pelos enfermeiros no momento da alta hospitalar;
- O contributo da informação partilhada para conhecer o envolvimento do prestador de cuidados no processo e do desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais para o desempenho do papel;
- O contributo da informação partilhada para efeitos da continuidade de cuidados.

O questionário terminava com uma questão que possibilitava aos enfermeiros apresentarem sugestões ou comentários relativos ao sistema de partilha de informação em uso.

## Capítulo 5: Análise Interpretação e Discussão dos Dados

*“Como dar continuidade aos cuidados concebidos a partir da primazia atribuída a determinados focos de atenção, que na perspectiva de outro enfermeiro são secundários ou mesmo irrelevantes?”*

Abel Paiva e Silva<sup>13</sup>

---

Partindo da análise efectuada à informação documentada no SPIE e do questionário aplicado aos enfermeiros, apresentam-se em seguida os dados, a sua interpretação e discussão. A exposição dos resultados será abordada em três subcapítulos. Um centrado na informação documentada no SPIE nos momentos do estudo (momento da alta e do primeiro contacto após a alta), um outro centrado nos resultados do questionário, onde além do foco em estudo, se recolheram dados relativos à utilização da plataforma de partilha de informação. No terceiro subcapítulo será efectuada a discussão face aos dados apresentados.

### 5.1. Documentação sobre o Papel de Prestador de Cuidados no SPIE

A análise documental e de conteúdo, tiveram como objectivo o tratamento da informação constante no SPIE em uso relativa ao Papel de Prestador de Cuidados dos doentes internados nos serviços de cirurgia e de medicina do Hospital Pedro Hispano, tendo como base os critérios anteriormente definidos para este momento do estudo.

Dos doentes com alta clínica dos serviços sobre os quais recaiu uma primeira análise, foram identificados 249 casos, relativamente aos quais se encontravam associados dados sobre o "Prestador de Cuidados". Destes casos, apenas 115 doentes se encontravam inscritos nos Centros de Saúde da ULSM. Aplicados os critérios de inclusão na amostra verificamos que em 18 casos, o primeiro contacto em contexto de cuidados de saúde primários, aconteceu após terem passado mais de 15 dias da alta hospitalar do doente, pelo que todos estes casos foram excluídos, ficando a amostra final com dados relativos a 97 casos.

---

<sup>13</sup> Prefácio in: Sousa, P. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde.

Quanto ao serviço de internamento em que se encontravam no momento da alta hospitalar verificou-se que os utentes da amostra distribuíam-se pelos serviços de medicina, cirurgia, urologia, ginecologia e neurocirurgia, sendo no entanto a sua grande maioria oriunda dos serviços de medicina (62%) e cirurgia (33%), conforme se pode verificar pela distribuição no quadro seguinte:

| SERVIÇOS     | Nº DOENTES | %          |
|--------------|------------|------------|
| Medicina     | 60         | 62         |
| Cirurgia     | 32         | 33         |
| Outros       | 5          | 5          |
| <b>Total</b> | <b>97</b>  | <b>100</b> |

Quadro 2: Distribuição dos doentes no momento da alta

Nos casos identificados, a média de idade dos doentes associados à informação em análise era de 72,5 anos, apresentando a mediana o valor de 75 e um desvio-padrão de  $\pm 13,28$  anos. Embora o utente mais novo tivesse 29 anos e o mais idoso 101 anos, a moda foi de 79 anos. Os elementos do sexo masculino representavam 52,6% da amostra ( $n = 51$ ), enquanto os elementos do sexo feminino representavam 47,4% ( $n = 46$ ).

Procedendo-se à análise dos dados tendo em consideração o modelo de análise explicitado no capítulo anterior, verificou-se que os enfermeiros utilizam duas formas para documentar os dados relativos ao prestador de cuidados:

- Quando se reportam ao desempenho do papel e à existência de sobrecarga do prestador de cuidados, identificam os diagnósticos de enfermagem centrados nos focos de atenção “Papel de Prestador de Cuidados” e “Stress do Prestador de Cuidados” respectivamente.
- Quando se reportam ao desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais do prestador de cuidados, identificam os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, relativos aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados.

A análise da informação documentada incidiu também em momentos diferentes: no **momento da alta** e no **momento do primeiro contacto após a alta hospitalar**, no contexto dos cuidados de saúde primários. Para ambos os

momentos considerou-se toda a informação relativa à área em estudo, partindo dos diagnósticos de enfermagem activos em cada um desses momentos.

Encontraram-se diferenças na atribuição de importância em relação à forma de identificação do foco de atenção de enfermagem. Nem sempre os enfermeiros se reportam ao foco “Papel de Prestador de Cuidados”, como o foco principal de atenção, limitando-se muitas vezes a utilizar os diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados.

Através do quadro seguinte, verifica-se que em apenas 24,7 % dos casos a abordagem das situações que requerem cuidados de enfermagem, têm referenciado como foco de atenção principal o “papel de prestador de cuidados”. A maioria dos casos (75,3%) reporta a identificação de diagnósticos de enfermagem através de dimensões associadas a outros focos de atenção (associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados).

| PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS              | fi | fi % |
|---------------------------------------------|----|------|
| Identificado como foco de atenção principal | 24 | 24,7 |
| Não referenciado como foco principal        | 73 | 75,3 |
| Total                                       | 97 | 100  |

Quadro 3: Atribuição como foco de atenção principal ao Papel de Prestador de Cuidados: no momento da alta hospitalar

O quadro 4 apresenta os dados relativos ao primeiro momento de contacto após a alta hospitalar, que nos remete para uma situação semelhante à anteriormente referenciada. Verifica-se que em apenas 13,4 % dos casos a abordagem das situações que requerem cuidados de enfermagem, têm referenciado como foco de atenção principal o “papel de prestador de cuidado”. A maioria dos casos (86,6%) reporta a identificação de diagnósticos de enfermagem através de dimensões associadas a outros focos de atenção (associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados).

| PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS              | fi | fi % |
|---------------------------------------------|----|------|
| Identificado como foco de atenção principal | 13 | 13,4 |
| Não referenciado como foco principal        | 84 | 86,6 |
| Total                                       | 97 | 100  |

Quadro 4: Atribuição como foco de atenção principal ao Papel de Prestador de Cuidados: no momento do primeiro contacto após a alta hospitalar

Em nenhuma das situações, entre o momento da alta hospitalar e do contacto com os cuidados de saúde primários, foi coincidente a identificação do foco de Papel de Prestador de Cuidados como foco de atenção principal, o que nos remete para a diferença de critérios de documentação relativos à definição do diagnóstico e de apresentação das diferentes dimensões do foco de atenção.

A análise dos dados associados a cada foco de atenção permite constatar que, no processo de partilha de informação, foram disponibilizados os diagnósticos de enfermagem associados a cada foco de atenção e as intervenções planeadas para os diferentes diagnósticos de enfermagem identificados. Para os focos “Papel de Prestador de Cuidados e Stress do Prestador de Cuidados”, os enfermeiros procederam à identificação de diagnósticos, recorrendo aos juízos “adequado” e “presente” respectivamente. Contudo, continua a verificar-se que a informação relativa ao prestador de cuidados, se encontrava maioritariamente associada a diferentes focos de atenção, traduzindo as condições do doente que determinam a dependência de um prestador de cuidados. O desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais do prestador de cuidados, identificam os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, relativos aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados. De facto, cuidar de um doente implica que o prestador de cuidados tenha de assumir novas funções e ajustar-se às mudanças que a doença produz no seio do indivíduo e consequentemente da família, envolvendo a aquisição de novas competências e novos conhecimentos para o desempenho das actividades como cuidador.

Procedemos à análise da informação documentada e associada aos diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, relativos aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados. Numa primeira fase, procurou-se conhecer os domínios de atenção dos enfermeiros para este contexto. Os princípios subjacentes à norma ISO18104 (Modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem) serviram de base à análise focos associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados e respectivas dimensões.

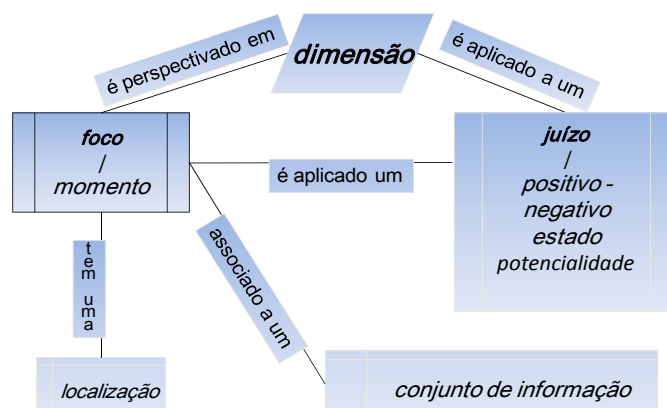


Figura 8: Norma ISO18104 (Modelo de terminologia de referência para os diagnósticos de enfermagem)

Após a identificação dos focos de atenção de enfermagem em análise identificámos 3 grandes domínios da CIPE®, onde se enquadravam esses focos: Função, Razão para a acção e Auto cuidado. Por outro lado, as dimensões associadas a estes focos e que traduziam situações que requeriam cuidados de enfermagem, identificavam os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, aos quais eram atribuídos juízos de demonstração: demonstrado/Não demonstrado (Figura 11).

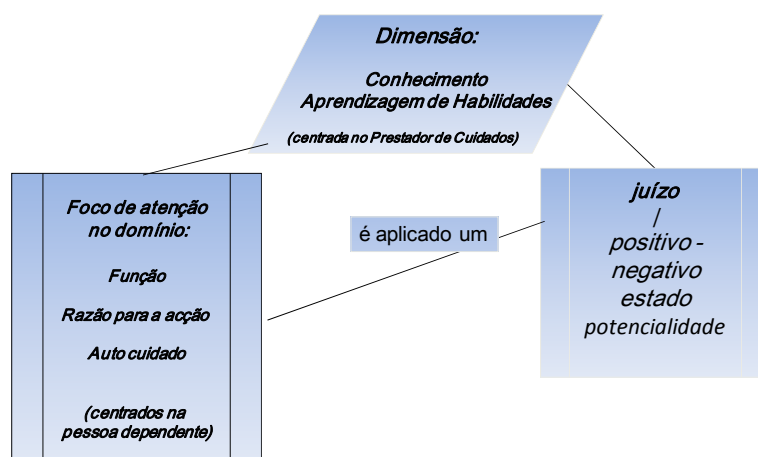


Figura 9: Dimensões de focos de atenção associados à condição do doente que determina diagnósticos de enfermagem centrados no prestador de cuidados

A análise dos principais domínios onde se enquadravam os focos de atenção de enfermagem partilhados no momento da alta hospitalar, permitiu identificar um conjunto de 202 focos associados à condição do doente que determina diagnósticos de enfermagem centrados no prestador de cuidados. O Quadro 5 permite verificar que o domínio do auto cuidado apresenta a maioria dos focos

(68%). No âmbito da Função, com 27,5% dos casos, o subdomínio dos tegumentos (úlceras de pressão, Maceração, Ferida cirúrgica) corresponde a mais de metade das situações associadas às condições dos doentes que requerem um cuidador. O domínio das Razões para a acção, é aquele cuja documentação partilhada com os enfermeiros dos centros de saúde apresenta menor relevo (4,5%)

| DOMÍNIO             | Foco de Atenção                | fi | fi Parcial | %    |
|---------------------|--------------------------------|----|------------|------|
| Função              | Úlcera de Pressão              | 26 |            |      |
|                     | Obstipação                     | 7  |            |      |
|                     | Queda                          | 6  |            |      |
|                     | Maceração                      | 4  |            |      |
|                     | Aspiração                      | 2  |            |      |
|                     | Infeção                        | 2  |            |      |
|                     | Febre                          | 2  |            |      |
|                     | Pé equino                      | 2  |            |      |
|                     | Ferida cirúrgica               | 1  |            |      |
|                     | Perda sanguínea                | 1  |            |      |
|                     | Eliminação intestinal          | 1  |            |      |
|                     | Eliminação urinária            | 1  |            |      |
|                     |                                |    | 55         | 27,5 |
| Razões para a acção | Autocontrolo: Infecção         | 8  |            |      |
|                     | Conhecimento                   | 1  |            |      |
|                     |                                |    | 9          | 4,5  |
| Auto cuidado        | Alimentar-se                   | 28 |            |      |
|                     | Auto cuidado: Higiene          | 24 |            |      |
|                     | Posicionar-se                  | 21 |            |      |
|                     | Auto cuidado: Vestuário        | 16 |            |      |
|                     | Auto cuidado: Uso do Sanitário | 15 |            |      |
|                     | Transferir-se                  | 14 |            |      |
|                     | Gestão do regime terapêutico   | 18 |            |      |
|                     |                                |    | 136        | 68   |
|                     | <b>Total</b>                   |    | 200        | 100  |

Quadro 5: Principais domínios dos focos de atenção de enfermagem partilhados no momento da alta hospitalar

A informação documentada no momento do primeiro contacto de enfermagem após a alta hospitalar permite constatar a identificação de um menor número de focos de atenção (60), com uma redução do domínio do auto cuidado para 51,7% dos focos associadas às condições dos doentes que requerem um cuidador, passando a existir um aumento da referenciação dos focos na área da Função para 45 %, diminuindo o domínio das Razões para a acção para os 3,3%. O subdomínio dos tegumentos (úlceras de pressão, Maceração, Ferida cirúrgica) continua a corresponder a mais de metade das situações associadas às condições dos doentes que requerem um cuidador (quadro 6).

| DOMÍNIO             | Foco de Atenção                      | fi | fi Parcial | %    |
|---------------------|--------------------------------------|----|------------|------|
| Função              | Úlcera de Pressão                    | 18 |            |      |
|                     | Maceração                            | 2  |            |      |
|                     | Eritema de Fraldas                   | 1  |            |      |
|                     | Ferida Cirúrgica                     | 1  |            |      |
|                     | Aspiração                            | 1  |            |      |
|                     | Limpeza das Vias Aéreas              | 1  |            |      |
|                     | Hipertensão                          | 1  |            |      |
|                     | Queda                                | 1  |            |      |
|                     | Anquilose                            | 1  |            |      |
|                     |                                      |    | 27         | 45   |
| Razões para a acção | Autocontrolo: Incontinência Urinária | 1  |            |      |
|                     | Autocontrolo: Continência Intestinal | 1  |            |      |
|                     |                                      |    | 2          | 3,3  |
| Auto cuidado        | Auto cuidado: Higiene                | 6  |            |      |
|                     | Posicionar-se                        | 6  |            |      |
|                     | Alimentar-se                         | 5  |            |      |
|                     | Auto cuidado: Uso do Sanitário       | 1  |            |      |
|                     | Auto cuidado: Vestuário              | 1  |            |      |
|                     | Comportamento de Procura de Saúde    | 1  |            |      |
|                     | Auto cuidado: Actividade Física      | 1  |            |      |
|                     | Transferir-se                        | 1  |            |      |
|                     | Gestão do regime terapêutico         | 6  |            |      |
|                     | Adesão à Vacinação                   | 2  |            |      |
|                     | Adesão ao Regime Terapêutico         | 1  |            |      |
|                     |                                      |    | 31         | 51,7 |
|                     |                                      |    |            |      |
|                     | Total                                |    | 60         | 100  |

Quadro 6: Principais domínios dos focos de atenção de enfermagem partilhados no momento do contacto após a alta hospitalar

Como referimos anteriormente, os focos de atenção identificados nos quadros anteriores, associados à condição do doente que determina diagnósticos de enfermagem centrados no prestador de cuidados, descrevem diagnósticos de enfermagem em duas dimensões centrais: conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados. Da análise de conteúdo efectuada aos diagnósticos de enfermagem associados a esses focos de atenção, no momento da alta hospitalar e do primeiro contacto de enfermagem após a alta hospitalar, emergiram temas que representam as áreas de preocupação que os enfermeiros elegeram face a determinadas condições de saúde dos doentes, e que determinaram a necessidade de desenvolvimento de competências cognitivas e instrumentais da pessoa que assume o papel de prestador de cuidados.

| Dimensões                   | Áreas temáticas                                                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conhecimento                | Promoção do auto cuidado<br>Prevenção de complicações<br>Equipamentos<br>Técnicas               |
| Aprendizagem de habilidades | Assistir no auto cuidado<br>Prevenir complicações<br>Executar Técnicas<br>Utilizar equipamentos |

Quadro 7: Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem

As Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem que emergiram da análise e que constam no quadro anterior, são fruto de uma análise global aos diagnósticos documentados quer no momento da alta, quer no momento do contacto.

As áreas temáticas da dimensão do conhecimento têm como fundamento os diagnósticos que descrevem a demonstração, ou não demonstração, do domínio e reconhecimento de informação pelo prestador de cuidados, que permita o desenvolvimento de diferentes actividades:

- Sobre como desempenhar actividades inerentes à promoção / assistência no auto cuidado: conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: vestuário não demonstrado, o conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene não demonstrado;
- Sobre como prevenir complicações e as actividades de vigilância necessárias: conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino não demonstrado, conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração não demonstrado;
- Como utilizar equipamento e as suas finalidades: conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções não demonstrado
- Como e quando executar determinadas técnicas: conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento não demonstrado, conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência não demonstrado

As áreas temáticas da dimensão da aprendizagem de habilidades têm como fundamento os diagnósticos que descrevem a demonstração, ou não demonstração, da aquisição pelo prestador de cuidados de capacidades que lhe permitam o domínio de actividades de índole prática, o que é conseguido através de treino e exercício de diferentes actividades:

- Que permitam assistir o doente na realização das actividades inerentes ao auto cuidado: aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado vestuário: não demonstrado; aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene não demonstrado;
- Que permitam desenvolver actividades tendentes à prevenção de complicações: aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão não demonstrado, Aprendizagem de

habilidades do prestador de cuidados para prevenir queda não demonstrado;

- Para o desenvolvimento de actividades associadas à execução técnica de procedimentos: aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre cuidados à colostomia não demonstrado, aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para administração de fraxiparina não demonstrado;
- Que permitam o domínio de equipamentos para a execução de procedimentos: aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para aspirar secreções não demonstrado;

Para se perceber melhor a sua expressão em cada um dos momentos, procedeu-se em seguida, à análise dessas áreas temáticas. Através da tabela 1, verifica-se que o âmbito do desenvolvimento de competências cognitivas traduz a maioria dos diagnósticos de enfermagem no momento da alta hospitalar (75,4%), facto que estará essencialmente associado ao tempo reduzido de internamento e traduzir uma primeira fase para a transição para o papel de prestador de cuidados, para o qual se torna necessário “saber” para poder “fazer”.

A dimensão de aprendizagem de habilidades traduz 24,6% dos diagnósticos de enfermagem partilhados, incidindo essencialmente na forma como assistir a pessoa dependente no auto cuidado.

| Dimensões                   | Áreas temáticas           | fi  | %    | % Parcial |
|-----------------------------|---------------------------|-----|------|-----------|
| Conhecimento                | Técnicas                  | 153 | 29,4 | 75,4      |
|                             | Promoção do Auto cuidado  | 123 | 23,7 |           |
|                             | Prevenção de complicações | 116 | 22,3 |           |
| Aprendizagem de habilidades | Assistir no auto cuidado  | 83  | 16,0 | 24,6      |
|                             | Prevenir complicações     | 35  | 6,7  |           |
|                             | Executar técnicas         | 10  | 1,9  |           |
| Total                       |                           | 520 | 100  | 100       |

Tabela 1: Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem: momento da alta hospitalar

Procedendo-se ao mesmo tipo de análise, mas agora no momento do contacto com os cuidados de saúde primários, obteve-se a seguinte distribuição (tabela 8):

| Dimensões                   | Áreas temáticas           | fi  | %    | % Parcial |
|-----------------------------|---------------------------|-----|------|-----------|
| Conhecimento                | Prevenção de complicações | 53  | 41,7 | 82,7      |
|                             | Promoção do Auto cuidado  | 25  | 19,7 |           |
|                             | Técnicas                  | 18  | 14,2 |           |
|                             | Equipamentos adaptativos  | 9   | 7,1  |           |
| Aprendizagem de habilidades | Prevenir complicações     | 14  | 11,0 | 17,3      |
|                             | Assistir no auto cuidado  | 6   | 4,7  |           |
|                             | Utilizar equipamentos     | 2   | 1,6  |           |
| Total                       |                           | 152 | 100  | 100       |

Tabela 2: Dimensões / Áreas temáticas dos diagnósticos de enfermagem associados aos focos de atenção de enfermagem: momento do primeiro contacto após a alta hospitalar

Verifica-se que o âmbito do desenvolvimento de competências cognitivas continua a traduzir a maioria dos diagnósticos de enfermagem no momento do primeiro contacto após a alta hospitalar (82,7%), facto que estará essencialmente relacionado à identificação do desenvolvimento de competências nesta área associadas à transição para o papel de prestador de cuidados.

A dimensão de aprendizagem de habilidades continua a traduzir também uma parcela pequena dos diagnósticos centrados no desenvolvimento de competências instrumentais para o desempenho do papel de prestador de cuidados (17,3%), com ênfase nas actividades relevantes para prevenir complicações (11,0%).

De uma forma global e face ao peso de cada dimensão, pode dizer-se que foi na área da aquisição de conhecimentos que se centrou maioritariamente a identificação de diagnósticos de enfermagem, a área da aprendizagem de habilidades apresentou uma menor percentagem, que foi inferior no contexto dos cuidados domiciliários.

Relativamente às **intervenções dirigidas ao prestador de cuidados no momento da alta**, verificou-se uma predominância das acções do tipo informar (86,9%). Neste domínio enquadram-se as acções do âmbito do ensinar (aproximadamente 50% de todas as acções do tipo informar) o que traduz um forte empenho na transmissão de informação sobre diversos temas relacionados com as necessidades em cuidados da pessoa dependente, não ficando documentada, a preocupação com o desenvolvimento de competências instrumentais necessárias ao desempenho das diferentes actividades do prestador de cuidados (Tabela 3).

| Tipo de Acção | fi  | %    |
|---------------|-----|------|
| Informar      | 457 | 86,9 |
| Atender       | 36  | 6,8  |
| Gerir         | 32  | 6,1  |
| Observar      | 1   | 0,2  |
| Total         | 526 | 100  |

Tabela 3: Domínios dos Tipos de Acção de Enfermagem dirigidas ao prestador de cuidados no momento da alta

Comparando com as acções documentadas no momento do primeiro contacto, verifica-se uma tendência semelhante ao momento da alta, com predomínio de acções do tipo informar (84,5%). Na sua maioria, as acções estavam relacionadas com o apoio instrumental dos cuidados, sendo significativamente mais direccionadas para os domínios das funções e do auto cuidado, privilegiando o ensino e treino de técnicas e a prevenção de complicações. Contudo, verificou-se que se mantinha o predomínio das acções do tipo ensinar (67%), assumindo as do tipo instruir (11,5%) e do tipo treinar (5%), uma expressão bastante menor.

| Tipo de Acção | fi  | %    |
|---------------|-----|------|
| Informar      | 103 | 84,5 |
| Atender       | 16  | 13,1 |
| Gerir         | 2   | 1,6  |
| Observar      | 1   | 0,8  |
| Total         | 122 | 100  |

Tabela 4: Domínios dos Tipos de Acção de Enfermagem dirigidas ao prestador de cuidados no momento do primeiro contacto após a alta hospitalar

O predomínio do tipo de acções do tipo informar, nos momentos da alta e do contacto com os cuidados de saúde primários, encontra relação com a área onde maioritariamente se centrou a identificação dos diagnósticos de enfermagem, a dimensão do conhecimento. No âmbito das acções do informar, as do tipo ensinar foram as mais planeadas, relacionando-se com o fornecimento de informação ao prestador de cuidados sobre determinadas áreas, como se depreende dos seguintes exemplos:

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência não demonstrado, foi associada a intervenção ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de transferência;

- Doente com alto risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão, foi associada a intervenção ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão;

Notou-se também alguma falta de dados que caracterizassem a avaliação dos resultados que foram sendo obtidos face às intervenções implementadas, na medida em que se encontram casos em que foram implementadas intervenções do âmbito do ensinar e treinar, tendo em vista a assistência para o auto cuidado e execução de técnicas, ao longo de vinte dias e até à alta do doente, tendo-se documentado ao longo deste período, que o prestador de cuidados não demonstrava ter adquirido conhecimentos ou habilidades para exercer as actividades necessárias. Ainda neste domínio, verificou-se em 33 casos (34% dos casos em análise neste estudo) falta de integridade referencial, entre os diagnósticos referenciados e as intervenções planeadas e dirigidas ao prestador de cuidados. Neste contexto, torna-se difícil poder afirmar que o fluxo informacional é revelador de continuidade de cuidados, dado a falta de consistência entre estes dados. A maior discrepância entre diagnósticos de enfermagem e intervenções planeadas foi verificada no contexto dos cuidados de saúde primários em 19 casos.

Verificou-se que em 33 casos (34% dos 97 casos em estudo), se encontrava documentado o facto do prestador de cuidados, não demonstrar no momento da alta, ter adquirido conhecimentos e / ou habilidades (quadros 8 e 9), para lidar com a condição de saúde do doente. Seria expectável que no momento do primeiro contacto após a alta hospitalar, os enfermeiros identificassem a necessidade de continuidade de cuidados, ou eventualmente, a resolução da situação com a descrição da demonstração da aquisição de conhecimentos/habilidades para lidar com as respectivas condições.

Neste sentido, procedeu-se à análise dos diferentes diagnósticos de enfermagem tendo por base essas competências, o que permitiu agrupar os diagnósticos associados ao domínio do “conhecimento” e da “Aprendizagem de habilidades”<sup>14</sup>. Por outro lado, a análise das dimensões destes domínios, permitiram definir áreas temáticas sobre as quais recaiu a atenção dos enfermeiros, para a

---

<sup>14</sup> Segundo a Classificação Internacional Para a Prática De Enfermagem, Versão β 2, o **conhecimento** refere-se ao “conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação”, enquanto a **aprendizagem de habilidades** se refere à “aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício”.

construção dos diagnósticos, nomeadamente: execução de técnicas, a prevenção de complicações, a assistência nas actividades do auto cuidado (higiene, vestuário, ...) e o regime terapêutico.

O quadro 8 permite verificar os diferentes diagnósticos de enfermagem identificados no domínio do conhecimento, centrados nas áreas identificadas.

| Áreas Temáticas                                                                                                                                         | fi        | %Parcial   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|
| <b>Técnicas</b>                                                                                                                                         |           |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento não demonstrado                                                                   | 8         | 35,8       |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência não demonstrado                                                                    | 5         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação não demonstrado                                                                      | 4         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de arrefecimento natural não demonstrado                                                            | 1         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados para cuidar da colostomia não demonstrado                                                                         | 1         |            |
| <b>Prevenção de complicações</b>                                                                                                                        |           |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão não demonstrado                                                              | 6         | 37,8       |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão não demonstrado                                                                 | 4         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção da contaminação não demonstrado                                                        | 3         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino não demonstrado                                                                      | 2         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação não demonstrado                                                                     | 2         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração não demonstrado                                                                      | 1         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da vigilância de complicações urinárias e manuseamento da algália e saco colector não demonstrado | 1         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração não demonstrado                                                                      | 1         |            |
| <b>Assistência no auto cuidado</b>                                                                                                                      |           |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene não demonstrado                                                                       | 5         | 18,9       |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário não demonstrado                                                              | 3         |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: vestuário não demonstrado                                                                     | 2         |            |
| <b>Regime terapêutico</b>                                                                                                                               |           |            |
| Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado                                                                | 4         | 7,5        |
| <b>Total</b>                                                                                                                                            | <b>53</b> | <b>100</b> |

Quadro 8: Áreas de conhecimento sobre o prestador de cuidados documentadas com o status de não demonstrado no momento da alta

O quadro 9 permite verificar os diferentes diagnósticos de enfermagem identificados no domínio da aprendizagem de habilidades, centrados nas áreas identificadas.

| Áreas Temáticas                                                                                                      | fi | %Parcial |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|
| <b>Executar técnicas</b>                                                                                             |    |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre cuidados à colostomia não demonstrado                     | 2  | 8,5      |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para aspirar secreções não demonstrado                          | 1  |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para administração de fraxiparina não demonstrado               | 1  |          |
| <b>Prevenção de complicações</b>                                                                                     |    |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão não demonstrado                 | 7  | 19,1     |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir queda não demonstrado                             | 1  |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino não demonstrado                       | 1  |          |
| <b>Assistir no auto cuidado</b>                                                                                      |    |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: uso do sanitário não demonstrado | 8  | 68,1     |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação não demonstrado                    | 5  |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene não demonstrado          | 5  |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência não demonstrado                  | 5  |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se não demonstrado                  | 5  |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário não demonstrado        | 4  |          |
| <b>Regime terapêutico</b>                                                                                            |    |          |
| Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico não demonstrado                 | 2  | 4,3      |
| <b>Total</b>                                                                                                         | 47 | 100      |

Quadro 9: Áreas da aprendizagem de habilidades sobre o prestador de cuidados, documentadas com o status de não demonstrado no momento da alta

Para a totalidade destes casos (n=33), o tempo decorrido entre a alta e o momento do primeiro contacto pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, foi em média de 4,9 dias, moda de 4 dias e desvio padrão de 3,2 dias, com um máximo de 14 dias e um mínimo de zero dias (contacto no dia da alta).

Após esta análise da documentação, procuramos verificar se a documentação traduzia ou não, continuidade do fluxo de informação, uma das dimensões da continuidade de cuidados. Nas situações em que no momento do primeiro contacto, no contexto dos cuidados de saúde primários, o foco em análise se encontrava associado a outras dimensões, em 14 ficou documentada a continuidade informacional, pois embora não tendo sido documentado o foco do Papel de Prestador de Cuidados como foco de atenção principal, as intervenções de enfermagem tinham como alvo o prestador de cuidados, para que este pudesse intervir sobre os problemas reais ou potenciais da pessoa dependente de cuidados (ex. Úlcera de Pressão: Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão).

Em 14 casos, os enfermeiros documentaram dados que se reportam ao desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais do prestador de cuidados, identificando os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, relativos aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados. No entanto, em alguns destes 14 casos, verificaram-se diferenças entre a identificação dos défices em conhecimento e / ou de aprendizagem de habilidades, entre o momento da alta e o do contacto com os cuidados de saúde primários, sendo maior a quantidade de défices em conhecimento e / ou aprendizagem de habilidades, identificados no momento da alta do que no momento do contacto com os cuidados de saúde primários. Pode ter sucedido que o prestador de cuidados tenha adquirido esses conhecimentos ou habilidades através de outros recursos e em outros contextos, todavia, a documentação existente não permite uma conclusão definitiva. Nestes casos, verificou-se que o tempo decorrido entre o momento da alta e do primeiro contacto foi em média de 5,3 dias, com desvio padrão de +3,6 dias e uma moda de quatro dias.

Relativamente aos restantes casos da amostra (n=64), a análise da informação partilhada permitiu inferir continuidade do fluxo de informação em 34 casos, sendo para estes o tempo médio decorrido entre a alta e o primeiro contacto de 3,1 dias, com desvio padrão de +2,9 dias e uma moda de um dia. Nos restantes 30 casos, não foram encontrados na análise da informação, motivos que levassem a inferir a existência de continuidade do fluxo de informação. Nestes casos, o tempo médio volvido entre os dois momentos foi de três dias, com desvio padrão de +4 dias e uma moda de 2 dias.

Após ter ocorrido a transição de cuidados para o contexto dos cuidados domiciliários e sem que estivesse documentado no momento da alta, encontrou-se como foco de atenção principal o foco Stress do Prestador de Cuidados em quatro situações, tendo o cuidador demonstrado no momento da alta ter adquirido conhecimentos e habilidades para lidar com a condição de saúde do doente. O tempo decorrido entre a alta e o contacto com os cuidados de saúde primários variou entre um e nove dias. No caso em que se verificou a ocorrência do fenómeno dois dias após a alta, foi documentado de novo, um agravamento na condição de saúde do doente. Em qualquer dos casos, se poderia inferir que

se tratava no momento da alta, de doentes com dependência principalmente ao nível do domínio do auto cuidado.

Em seis casos, embora estivesse documentada no momento da alta, a dependência do doente para o fenómeno do auto cuidado em grau elevado (cinco casos) ou moderado (um caso), não se encontrou informação referente à aquisição de conhecimentos e / ou aprendizagem de habilidades pelo cuidador, para lidar com essas dependências. Em três situações, também não foi encontrada informação sobre o cuidador no momento do contacto em contexto de cuidados de saúde primários. Outros casos foram documentados com a não demonstração do prestador de cuidados para prevenir o surgimento de úlceras de pressão, a não demonstração de conhecimentos sobre a gestão do regime terapêutico e sobre prevenção de quedas e num caso de um doente com hemiparésia esquerda, a não demonstração de conhecimentos do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas e a não demonstração de aprendizagem de habilidades sobre utilização de equipamento adaptativo para assistir nos posicionamentos e sobre a técnica de posicionamento.

Estes casos indicam uma relação entre as capacidades instrumentais e cognitivas do cuidador e as implicações na condição de saúde e segurança do doente e da importância da qualidade da informação disponível que documente efectivamente as reais necessidades e a evolução do processo de cuidados.

Concluindo, da totalidade dos casos da amostra (n=97), partindo da análise da informação partilhada, pôde perceber-se a existência de continuidade do fluxo de informação em 48 casos (49,5%) e não foi possível fazer-se essa inferência nos restantes 49 casos (50,5%), o que poderá ter influenciado a referenciação dos prestadores de cuidados que mais poderiam necessitar de acompanhamento, durante esta fase de transição do regresso do doente a casa e da transição para o papel de prestador de cuidados.

## **5.2. Opinião dos Enfermeiros sobre o SPIE e a informação partilhada sobre o Papel de Prestador de Cuidados**

Um dos aspectos essenciais para o sucesso do uso de um sistema de informação, é a percepção da sua utilidade pelos utilizadores. Os modelos propostos para avaliação dos sistemas de informação (Delone & McLean, 2002; Yusot, Kuljis, Papazafeiropoulou & Stergioulas, 2008), referem as ligações e interdependências

que se estabelecem entre a qualidade da informação do sistema, a sua utilização e a satisfação do utilizador, com repercussões nos benefícios que se podem retirar da sua utilização. Se por um lado, a qualidade da informação se pode relacionar com a sua relevância, pertinência, utilidade e disponibilidade, podendo cada um destes factores contribuir individualmente ou no seu conjunto, para a orientação da acção, por outro lado, estes factores influenciam também a percepção do utilizador quanto à utilidade e ao potencial impacto da utilização do sistema e na intenção de o usar.

Tendo decorrido o processo de implementação de um novo SIE informatizado, e de uma estrutura de partilha de informação entre o hospital e os centros de saúde, tornava-se pertinente conhecer a opinião dos seus utilizadores e perceber como as interdependências estabelecidas podem influenciar quer o processo de tomada de decisão, quer o processo de referência e continuidade de cuidados. Neste sentido, a aplicação do questionário, permitiu recolher alguns dados sobre o SPIE e sua utilização, bem como sobre a informação partilhada entre o hospital e os centros de saúde, associada ao foco do Papel de Prestador de Cuidados.

O questionário foi dirigido a todos enfermeiros dos centros de saúde da ULSM, com o objectivo de conhecer a opinião dos enfermeiros relativa à utilização do SPIE de uma forma geral e às características da informação partilhada relativamente ao foco de atenção em estudo.

Por outro lado, entendeu-se que os enfermeiros dos centros de saúde seriam os interlocutores que melhor poderiam avaliar as questões que se colocam em relação à continuidade do fluxo de informação entre hospital e centros de saúde.

A razão desta escolha, prende-se com as características do contexto e com a tendência que vem sendo seguida na organização dos cuidados de saúde. Partindo da ideia de que a dicotomia existente entre cuidados de saúde primários e diferenciados, não se ajusta às reais necessidades dos cidadãos em cuidados de saúde, sendo ao mesmo tempo geradora de tensões e disfunções de carácter organizacional, procura-se a implementação de novos modelos que favoreçam, o desenvolvimento de parcerias e uma melhor articulação e coordenação entre os diferentes níveis de cuidados.

Por outro lado, assume-se que a prestação de cuidados no domicílio dos cidadãos, se apresenta como uma boa alternativa ao tradicional modelo de hospitalização, promovendo-se consequentemente a diminuição da duração do

tempo de internamento ao mínimo necessário, constituindo os cuidados de saúde no seio familiar uma prioridade de intervenção e de que são bons exemplos a constituição das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Assim e na medida em que uma parte dos cuidados necessários, implica que estes sejam assegurados, ou pelo menos supervisionados, por profissionais de saúde, a adopção destes modelos implica também a coordenação e comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de actuação.

Neste sentido, o fluxo informacional com origem nos cuidados hospitalares é susceptível de fornecer indicações que devidamente consideradas, poderão tornar-se qualitativamente importantes para a tomada de decisões que possam favorecer a transição de cuidados.

A taxa de resposta obtida foi de 37,3% (n=46), pelo que devem ser encaradas com parcimónia, questões relativas aos resultados. Segundo Fortin (1999), este método de recolha de dados apresenta várias vantagens como instrumento de medida, mas também alguns inconvenientes, nomeadamente as fracas taxas de resposta e de dados em falta, o que se veio a verificar com a aplicação deste questionário.

As razões para o sucedido, podem relacionar-se com o momento da sua distribuição, uma vez que existiam profissionais em gozo de férias e com factores relacionados com os próprios serviços, como a remodelação física de uma das unidades de saúde familiar. A dispersão dos profissionais por várias unidades de cuidados, bem como as muitas actividades que realizam em contexto domiciliário, condicionaram também um relacionamento de maior proximidade, que facilitasse a divulgação do pedido de colaboração, o que também pode ter contribuído para a taxa de resposta obtida.

A média de idade dos elementos da amostra foi de 33,93 anos, a moda de 28 anos e mediana de 30 anos, sendo 24% dos indivíduos do sexo masculino e 76% do sexo feminino.

Como constatamos através da tabela 6, na sua maioria, os enfermeiros exerciam a sua actividade profissional, entre 3 e 5, ou mais de 10 anos (37,0% para cada intervalo de classes).

| TEMPO DE EXERCICIO PROFISSIONAL | fi | fi%  |
|---------------------------------|----|------|
| 0 – 2 Anos                      | 5  | 10,8 |
| 3 – 5 Anos                      | 17 | 37,0 |
| 6 – 10 Anos                     | 7  | 15,2 |
| Mais de 10 Anos                 | 17 | 37,0 |
| TOTAL                           | 46 | 100  |

Tabela 5: Tempo de exercício profissional dos enfermeiros

Dos enfermeiros inquiridos, 94% consultavam habitualmente a estrutura de partilha de informação entre hospital e centro de saúde para o planeamento dos cuidados, contudo, 6% referiram não adoptar este procedimento. As razões apresentadas para a não consulta da estrutura de partilha de informação, foram a falta de tempo, as interrupções do sistema, a pouca relevância da informação, só consultar essa informação se o internamento do utente fosse recente e o desempenho de funções de responsável de serviço.

A maioria dos enfermeiros (94%) referiram que quando utilizavam o SPIE, preferencialmente faziam-no para aceder quer à informação relativa ao decurso de internamento dos seus utentes, quer a relativa ao momento da alta hospitalar e regresso ao seu domicílio. Alguns enfermeiros (4%), referiram que só utilizavam o SPIE, para consulta de informação acerca dos seus utentes que se encontravam internados.

Quando questionados sobre a frequência / periodicidade de consulta da informação disponibilizada para efeitos de planeamento dos cuidados, verificou-se que a maioria (65,0%), utiliza o sistema regularmente e que 35% o faz ocasionalmente, conforme se pode verificar no quadro seguinte:

| PERIODICIDADE DA CONSULTA | %          |
|---------------------------|------------|
| Diariamente               | 30         |
| De 2 em 2 dias            | 11         |
| Semanalmente              | 24         |
| Ocasionalmente            | 35         |
| <b>Total</b>              | <b>100</b> |

Tabela 6: Frequência de utilização do SPIE para efeitos de planeamento

Quanto à questão sobre o contributo da partilha de informação para a articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, a maioria dos enfermeiros considerou que o sistema de informação é facilitador deste processo (72%), como podemos verificar através do gráfico 1. Apenas 4% dos enfermeiros

considera o sistema pouco facilitador da articulação entre hospital e centro de saúde.

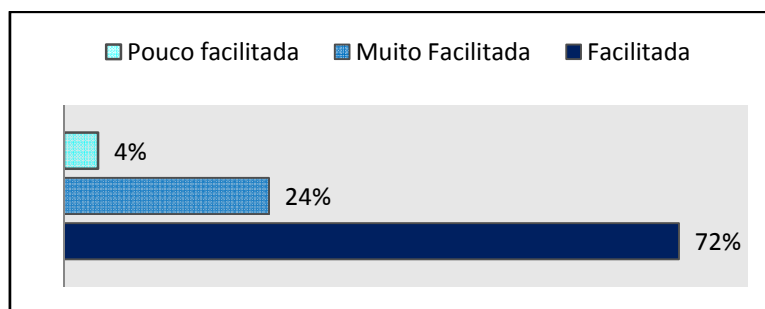


Gráfico 1: Opinião dos enfermeiros relativamente à facilitação da articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários através da utilização do SPIE

Através do gráfico 2, verificamos que em relação à opinião dos enfermeiros sobre o contributo do SPIE para a compreensão da evolução das situações que requerem cuidados de enfermagem, as opiniões foram semelhantes às referenciadas anteriormente, com 72% dos enfermeiros a considerar que o sistema é facilitador deste processo e apenas 9% dos enfermeiros a considerá-lo pouco facilitador.

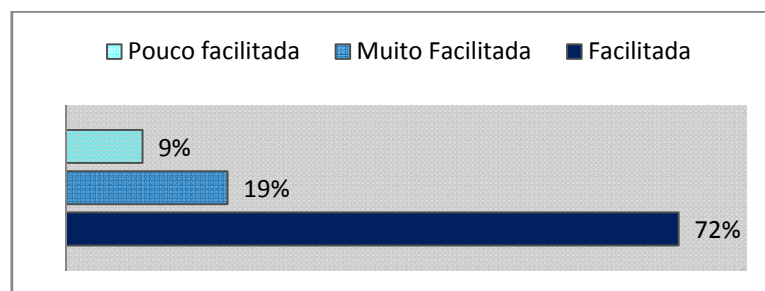


Gráfico 2: Opinião dos enfermeiros relativamente à compreensão da evolução de situações que requerem cuidados de enfermagem através da consulta do SPIE

No seu conjunto, estas duas questões, podem dar uma ideia sobre a opinião dos enfermeiros em relação à utilidade do SPIE de uma forma geral. Assim, pode dizer-se que a maioria dos enfermeiros entendeu que a estrutura de partilha de informação, facilita a dinâmica do processo de cuidados, no sentido em que permite quer a articulação de cuidados entre diferentes contextos, quer a compreensão da evolução das necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem.

As vantagens e desvantagens da estrutura de partilha de informação, referidas pelos enfermeiros são apresentadas nos dois quadros seguintes. Salientam-se as vantagens (quadro 10) de facilitar o planeamento e o favorecer a continuidade de

cuidados, permitindo antecipar e planear os cuidados de enfermagem e assim programar a visita domiciliária, melhorando a continuidade de cuidados (*“permite antecipar e planear os cuidados no regresso ao domicílio após a alta”, “permite saber quando o utente tem alta de forma a podermos programar os domicílios”*). Já em relação à qualidade da informação, foi referida a possibilidade de acesso a informação que permite compreender e acompanhar melhor o utente (*“acesso a informações específicas que ajudam a compreender e acompanhar melhor o utente”*).

| Principais vantagens do SPIE  | fi |
|-------------------------------|----|
| Planeamento                   | 29 |
| Continuidade de cuidados      | 19 |
| Qualidade geral da informação | 17 |

Quadro 10: Vantagens do SPIE referidas pelos enfermeiros dos Centros de Saúde

As principais desvantagens (quadro 11) prendem-se com a qualidade da informação e a necessidade da introdução de melhorias no acesso ao sistema.

| Principais desvantagens do SPIE                                                                                  | fi |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Impossibilidade de acesso a itens de informação (Exames de diagnóstico, episódios de urgência, relatório médico) | 21 |
| Problemas de funcionalidade do sistema                                                                           | 7  |
| Pode limitar a comunicação entre os profissionais                                                                | 2  |
| Diferenças na atribuição de importância a focos de atenção                                                       | 1  |
| Dificuldade em perceber evolução do utente e prestador de cuidados                                               | 2  |

Quadro 11: Desvantagens do SPIE referidas pelos enfermeiros dos Centros de Saúde

Já quanto à informação partilhada e relativa ao foco Papel de Prestador de cuidados, para efeitos de continuidade de cuidados, as opiniões dos enfermeiros adquiriram um sentido diferente, conforme se pode verificar no gráfico seguinte:

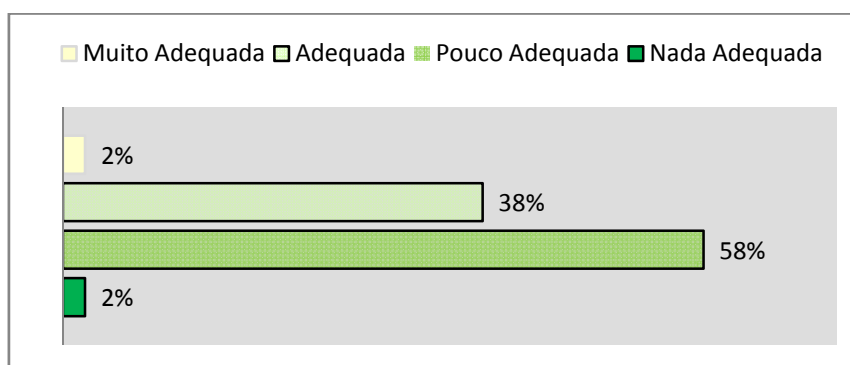


Gráfico 3: Opinião dos enfermeiros sobre a informação disponibilizada pelos enfermeiros do hospital sobre o prestador de cuidados para efeitos de continuidade de cuidados

Nota-se portanto, uma inflexão nas opiniões em relação à informação partilhada no SPIE sobre as questões centradas no Prestador de Cuidados. Se de uma forma

geral, a estrutura de partilha de informação, foi entendida como facilitadora da dinâmica do processo de cuidados, já em relação ao foco de atenção em estudo, a maioria dos enfermeiros entendeu que a informação disponibilizada no momento da alta hospitalar era pouco adequada (58%), o que poderá trazer implicações para a compreensão da evolução e necessidades dos prestadores de cuidados e para a tomada de decisões, para a adopção de intervenções facilitadoras do processo de transição.

Em seguida, pretendeu-se saber qual o procedimento adoptado pelos enfermeiros, após um episódio de internamento e conhecimento do momento da alta clínica. Verificaram-se divergências de actuação. Em 16% dos casos, os enfermeiros, planeiam de imediato uma visita domiciliária e avisam o doente / prestador de cuidados do momento em que se vão deslocar ao domicílio. Apenas 6% afirmaram que procediam ao agendamento de visita após contacto telefónico do enfermeiro do hospital, dependendo do diagnóstico do utente e carta de transferência de enfermagem. Em 39% dos casos, os enfermeiros contactam o doente / prestador de cuidados para agendamento de contacto de enfermagem e em igual percentagem, aguardam que o doente / prestador de cuidados solicitem o acesso a cuidados de enfermagem.

Globalmente, constata-se que mais de metade dos enfermeiros (55%) refere que planeiam de imediato e contactam o utente / prestador de cuidados para o agendamento de uma visita. Contudo, uma parte considerável dos enfermeiros (45%), manifesta ainda uma postura passiva, na medida em que o agendamento de visita domiciliária se encontra dependente de contacto do enfermeiro do hospital ou da solicitação dos utentes / prestadores de cuidados.

Apesar das diferenças de actuação, 93% dos inquiridos referiu que quando acedem à informação disponibilizada no SPIE, procuram averiguar se existem dados sobre o prestador de cuidados e se foi efectuada preparação específica para o regresso a casa. Este interesse na procura de informação, parece contudo não influenciar o planeamento da acção, uma vez que como se pode constatar pelas respostas à pergunta anterior, em larga medida, a visita domiciliária é ainda efectuada de forma reactiva e não proactiva, o que seria de esperar, se a consulta da informação pela larga maioria dos enfermeiros, se associasse a um comportamento correspondente no planeamento dos cuidados.

No momento de consulta da informação disponibilizada, foram identificadas pelos enfermeiros as seguintes prioridades de acesso à informação:

| Prioridade | Informação                                                                   |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1          | Diagnósticos de enfermagem activos                                           |
| 2          | Intervenções de enfermagem activas                                           |
| 3          | Diagnósticos de enfermagem activos sobre Papel de prestador de cuidados      |
| 4          | Dados identificativos do prestador de cuidados                               |
| 5          | Intervenções de enfermagem activas dirigidas ao prestador de cuidados        |
| 6          | Histórico de diagnósticos de enfermagem                                      |
| 7          | Histórico de intervenções de enfermagem activas                              |
| 8          | Histórico de diagnósticos de enfermagem sobre Papel de prestador de cuidados |
| 9          | Histórico de intervenções de enfermagem dirigidas ao prestador de cuidados   |

Tabela 7: Prioridades estabelecidas pelos enfermeiros dos centros de saúde quando acedem à informação partilhada

Estes resultados indicam um processo de consulta que é coincidente com a lógica de agregação de dados no SPIE, segundo o qual se consultam primeiro os diagnósticos e intervenções activas para o doente, seguindo-se a informação relativa ao prestador de cuidados e por fim a consulta dos históricos de diagnósticos e intervenções, seguindo a lógica inicial.

Pretendeu-se em seguida, conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a informação documentada, nomeadamente aquela que poderia fornecer indicações sobre os processos de transição do prestador de cuidados. Os gráficos seguintes traduzem as respostas a cada um desses itens.

Quando questionados sobre o contributo da informação disponibilizada para a compreensão do processo de preparação do regresso a casa (gráfico 4), a maioria dos enfermeiros foi de opinião que a informação é facilitadora (65%), enquanto 24% entendeu que essa informação facilitava pouco a compreensão da preparação efectuada ao nível hospitalar.

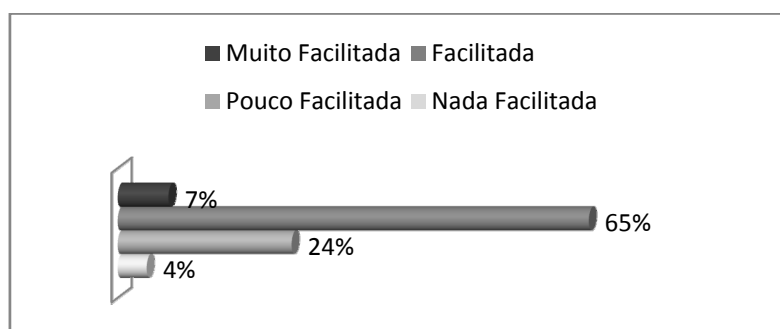


Gráfico 4: Facilitação da compreensão da preparação do regresso a casa, efectuada ao nível hospitalar através da consulta do SPIE

Por outro lado, através do gráfico 5, podemos verificar que relativamente à opinião dos enfermeiros sobre o contributo da informação partilhada para a compreensão do envolvimento do prestador de cuidados no processo de

cuidados, a maioria (60%) dos enfermeiros foi de opinião que a informação disponibilizada reflectia esse envolvimento de forma pouco adequada (49%) ou mesmo nada adequada (11%).

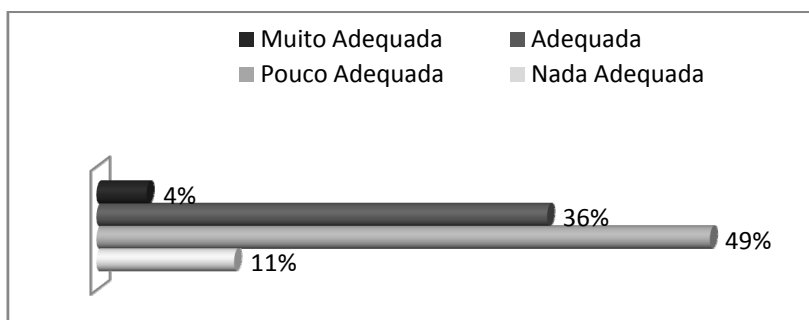


Gráfico 5: Adequação da informação no SPIE relativamente ao grau de envolvimento do prestador de cuidados no processo de cuidados

Aparentemente, as respostas a esta pergunta indicam um sentido diferente em relação às respostas à pergunta anterior. Uma vez que a maioria dos enfermeiros considerou que a consulta da informação disponibilizada ao nível hospitalar, facilitava a compreensão da preparação do regresso a casa, seria de esperar que essa informação, reflectisse também o envolvimento do prestador de cuidados nesse processo. Esta diferença no sentido das respostas obtidas, pode explicar-se pela não profissionalização da preparação do regresso a casa, originando percepções que dissociam a figura do prestador de cuidados desse processo, o que se torna evidente pelo processo de documentação menos sistematizado nestas áreas.

Em relação à informação que possibilitasse a identificação do nível de competências cognitivas e / ou instrumentais do prestador de cuidados para o exercício do seu papel, procurou-se saber a opinião dos enfermeiros em relação à adequação da informação partilhada, sobre cada um dos domínios de competências referidos.

Este ponto do questionário assume uma importância particular, uma vez que se tem que considerar que a doença não afecta apenas o doente, mas sim todas as dinâmicas familiares, especialmente aquelas que se estabelecem entre a pessoa doente e entre quem assume o papel de prestador de cuidados. Geralmente, o nível de dependência com que o doente abandona o hospital, implica que o cuidador adquira, antes da alta do doente, um conjunto de conhecimentos e habilidades, que o capacite para a realização de actividades cognitivas e

instrumentais que contribuam para a prevenção de complicações e a vigilância do doente após a alta.

Se por um lado, enquanto o doente se encontra no hospital, o prestador de cuidados enfrenta um ambiente que não controla, mas que permite a prestação dos cuidados de saúde que o doente necessita por profissionais de saúde, por outro, quando os cuidados se transferem para o contexto domiciliário, o doente e o cuidador retornam a um ambiente que conhecem e controlam, mas onde os cuidados têm em larga medida que ser assegurados pelos familiares, muitas vezes sem apoio profissionalizado. Estas situações implicam que o prestador de cuidados terá que colocar em prática os conhecimentos e habilidades que terá adquirido num ambiente diferente e que implica enfrentar frequentemente de forma pouco segura, as suas dúvidas, anseios e dificuldades. Daí a importância de uma rede de suporte que possa fornecer os recursos para o acompanhamento dos prestadores de cuidados nesta fase de vulnerabilidade, podendo os enfermeiros então assumir um papel fundamental na abordagem destes processos de transição e constituir-se como uma fonte de apoio fundamental.

Neste contexto, a partilha de informação poderá permitir a identificação do nível de competências cognitivas e/ou instrumentais que o prestador de cuidados possui, permitindo o planeamento e implementação de estratégias de acompanhamento, que terão em consideração a variabilidade individual do prestador de cuidados em termos da sua evolução na aquisição de competências nesses domínios.

Quanto à informação referente ao desenvolvimento de competências instrumentais pelo prestador de cuidados, a maioria dos enfermeiros foi de opinião que a informação partilhada era pouco adequada (53%) ou mesmo nada adequada (9%), para a compreensão da evolução da aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados. Apenas 38% dos enfermeiros considerou a informação disponibilizada como adequada para o conhecimento desse processo de aprendizagem (gráfico 6).

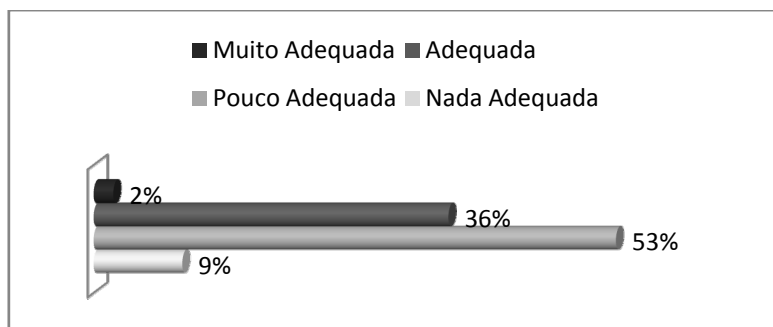


Gráfico 6: Adequação da informação no SPIE como reflexo da evolução do prestador de cuidados em relação à aprendizagem de habilidades

No que dizia respeito à informação relativa ao desenvolvimento de capacidades cognitivas pelo prestador de cuidados, os enfermeiros, na sua maioria, foram também de opinião que ela era pouco adequada (53%) ou mesmo nada adequada (11%).

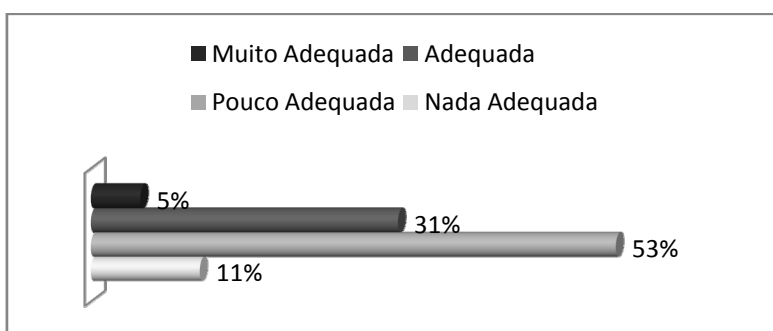


Gráfico 7: Adequação da informação no SPIE que espelhe a evolução do prestador de cuidados em relação ao desenvolvimento de capacidades cognitivas

Pode-se portanto inferir que em relação à informação partilhada que pudesse permitir conhecer as competências quer cognitivas, quer instrumentais do prestador de cuidados, a maioria dos enfermeiros, considera que é disponibilizada de forma pouco adequada, expressando maioritariamente uma opinião negativa sobre a sua adequação, para efeitos de avaliação das competências do prestador de cuidados.

Quando questionados sobre a adequação da informação partilhada para a continuidade de cuidados (gráfico 8), que suportem as actividades dos enfermeiros junto do prestador de cuidados, a maioria dos enfermeiros (55%) considerou que essa informação era pouco adequada ou nada adequada.

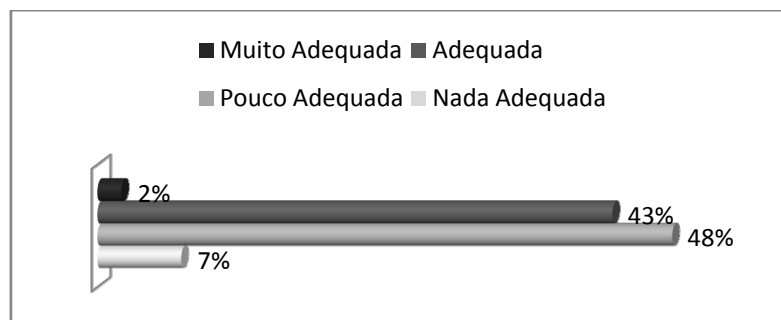


Gráfico 8: Adequação da informação no SPIE que permita planejar estratégias de continuidade de cuidados que suportem as actividades do prestador de cuidados

Globalmente, verifica-se que a informação disponibilizada no sistema de partilha de enfermagem entre hospital e centro de saúde poderá ter um contributo significativo para a compreensão do processo de preparação para o regresso a casa, nomeadamente do prestador de cuidados. Contudo, quando se pretende obter informação relacionada com o grau de envolvimento e a aquisição de capacidades pelo prestador de cuidados, a informação disponibilizada foi considerada pouco adequada para esse efeito.

Ao reflectir sobre os resultados destas cinco últimas questões, torna-se claro que efectivamente se trata de informação essencial para a implementação do processo de regresso a casa. Esta transição, requer a comunicação nos dois sentidos entre os profissionais de saúde e também como referem Coleman & Fox (2004), a existência de sistemas de informação que facilitem o acesso a elementos relevantes que optimizem a comunicação.

Dada a relação entre os itens de informação referentes à preparação do prestador de cuidados efectuada ao nível hospitalar, o seu grau de envolvimento no processo, a sua evolução em matéria de aprendizagem de habilidades, desenvolvimento de capacidades cognitivas e a continuidade de cuidados, a análise das respostas dos enfermeiros dos centros de saúde permite constatar, que a maioria foi de opinião que essa informação, se situa entre pouco adequada e adequada, com tendência para pouco adequada.

Finalmente os enfermeiros foram questionados sobre como deveria ser disponibilizada a informação sobre o prestador de cuidados na estrutura de partilha, nomeadamente sobre os diagnósticos identificados e relativos ao prestador de cuidados. As respostas obtidas, permitem constatar que:

- 55% dos enfermeiros considerou que deveria ser apresentada como dimensão do foco de atenção principal, ou seja, dimensão do foco “Papel

de prestador de cuidados” (ex: conhecimento / aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre...),

- 34% dos enfermeiros considerou que deveria ser apresentada como foco de atenção principal (ex: Papel de prestador de cuidados);
- 7% dos enfermeiros considerou que deveria ser apresentada como uma dimensão de outro foco de atenção que caracterize a condição do doente e a dependência de um prestador de cuidados. (ex: transferir-se: conhecimento do prestador de cuidados ...) e,
- 5% dos enfermeiros considerou que deveria ser apresentada como um outro foco de atenção que associasse o foco de atenção que caracterize a condição do doente e a dependência de um prestador de cuidados (ex:, dependente de prestador de cuidados para transferir-se, ...

De notar, que estes resultados, são de sentido contrário ao que pode ser encontrado na documentação recolhida para análise, uma vez que no momento da realização deste trabalho, a informação disponibilizada sobre o prestador de cuidados, se associava a uma dimensão de outro foco de atenção que caracterizava a condição do doente e a dependência de um prestador de cuidados. Ou seja, quando se reportavam ao desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais do prestador de cuidados, identificavam os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados. Tal divergência de opinião, poderá ter implicações na atribuição de relevância a este tipo de informação, com consequentes implicações ao nível da tomada de decisões para efeitos de continuidade de cuidados.

A versão da CIPE® em uso no SIE no momento da realização deste estudo, era a versão  $\beta 2$ , que não permite a utilização de mais do que um termo de cada eixo na construção dos diagnósticos, pelo que cada diagnóstico só pode ter um foco de atenção, influenciando assim a forma de documentação em relação ao foco de atenção em análise. Contudo, a CIPE® versão 1 (já traduzida também para português), com as alterações introduzidas e a transição para uma classificação única de sete eixos, permite que na construção diagnóstica se faça uso de mais do que um termo de cada eixo, podendo assim existir mais do que um termo do eixo do foco no diagnóstico, possibilitando portanto, outras formas de documentação, que melhor traduzam a condição de saúde dos clientes e a intenção dos cuidados de enfermagem.

A última parte do questionário, fornecia a oportunidade dos enfermeiros apresentarem os seus comentários ou sugestões relativas ao SPIE. No quadro seguinte encontram-se aquelas que mais foram referidas no conjunto das opiniões recolhidas:

- **Identificação do prestador de cuidados**
- **Dinamismo do sistema**
- **Focos de atenção**
- **Compreensão de CIPE®**
- **Compreensão entre profissionais e entre organizações**
- **Acesso à informação**
- **Qualidade da informação**

Quadro 12: Áreas de melhoria referidas pelos enfermeiros do centro de saúde

Algumas destas sugestões têm relevância para este trabalho, no sentido em que apontam para a necessidade da melhoria da qualidade da informação, relativa ao foco de atenção em estudo e para o incremento das capacidades de identificação da pessoa que irá desempenhar o papel de prestador de cuidados. De realçar ainda, a necessidade de melhoria ao nível da comunicação entre os enfermeiros de diferentes contextos, o que também tem implicações para a continuidade e transição de cuidados.

### 5.3. Discussão dos resultados

Os resultados encontrados permitem constatar que o SPIE de uma forma geral, é facilitador da articulação entre os diferentes contextos e da compreensão da evolução das situações que requerem cuidados. Porém, a partir da análise efectuada e das opiniões dos enfermeiros utilizadores do sistema, verifica-se também a existência de lacunas na informação partilhada em relação ao foco de atenção em estudo, inferindo-se assim a necessidade de melhoria da sua documentação. Com efeito, quer a partir da análise documental efectuada, quer a partir das opiniões dos enfermeiros utilizadores do SPIE, no contexto dos centros de saúde, são evidentes algumas insuficiências da informação, que poderá ter implicações para a continuidade do fluxo de informação, dificultando a existência de documentação que traduza adequadamente o envolvimento do prestador de cuidados no processo de regresso a casa e transição para o papel de cuidador.

A partir da documentação analisada que caracteriza a necessidade em cuidados do prestador de cuidados, pode constatar-se que os dados apresentados no momento da alta, descrevem défices em conhecimentos e/ou aquisição de habilidades do prestador de cuidados para lidar com a condição de saúde da pessoa dependente. A análise dos dados após a alta hospitalar, nomeadamente no contacto de enfermagem no contexto dos centros de saúde, permite verificar que a informação disponibilizada, não descreve continuidade no fluxo de informação em todas as situações. Apenas em metade dos casos se verifica uma descrição dos dados documentados, que permita verificar a evolução das situações e um planeamento de cuidados que descreva um processo de continuidade de cuidados. Entre o momento da alta e o do contacto com os cuidados de saúde primários, não foi encontrada informação relativa aos défices identificados no momento da alta, originando dificuldade em representar adequadamente a aprendizagem de habilidades e capacidades cognitivas e instrumentais do prestador de cuidados, para o desempenho desse papel e perspectivar de forma adequada as necessidades de acompanhamento.

Considerando a informação clínica como fundamental para a interpretação das situações e para o planeamento da acção, analisando dos défices documentados no momento da alta (conhecimentos e / ou capacidades para executar técnicas, prevenir complicações, assistir no auto cuidado e gestão do regime terapêutico), poderiam prever-se implicações para a condição de saúde da pessoa dependente e as dificuldades de desempenho do prestador de cuidados, pelo que seria desejável que no momento do primeiro contacto, essa informação originasse nova documentação das situações encontradas em contexto domiciliário e ao planeamento de intervenções adequadas. Contudo, as quebras no fluxo de informação não permitiram a documentação da avaliação efectuada, nem das decisões clínicas relativamente aos problemas referenciados na alta hospitalar, em termos do planeamento da assistência ao prestador de cuidados.

Não se podendo estabelecer uma relação linear entre a não existência de informação e os cuidados efectivamente prestados, pode contudo afirmar-se, que a avaliação da qualidade dos cuidados, passa indiscutivelmente também pela qualidade da sua documentação, pelo que neste aspecto, se apresentam diversas oportunidades de melhoria. A Avaliação da intensidade dos cuidados ficou igualmente prejudicada, uma vez que muitos dos défices em conhecimentos e capacidades do prestador de cuidados, subentendem a necessidade de um

acompanhamento mais intenso e de proximidade, considerando que o processo de cuidados, diz respeito não só à pessoa dependente, mas também a quem exerce o papel de prestador de cuidados, ou seja, este é também sujeito de cuidados e não apenas um recurso que facilita os cuidados ao doente.

Estes resultados são concordantes com outros estudos (Adamsen & Tewes, 2000;), que referem lacunas existentes ao nível da documentação dos cuidados de enfermagem, com implicações para a continuidade e transição de cuidados. Efectivamente a quantidade e tipo de informação transferida entre diferentes contextos, tem implicação directa na avaliação da continuidade de cuidados (Hellesø & Lorensen, 2005), devendo os profissionais deter informação adequada sobre os clientes, que possa possibilitar o ajuste dos recursos necessários a uma efectiva e eficiente assistência. Para que se atinjam estes objectivos, a American Geriatrics Society (2007) refere também como um dos factores essenciais, a coordenação entre os profissionais envolvidos em todo este processo.

Os resultados do questionário vêm complementar esta ideia, uma vez que os enfermeiros apesar de considerarem o SPIE como facilitador da compreensão da dinâmica do processo de cuidados, estão também de acordo, que relativamente ao foco do Papel de Prestador de Cuidados, a informação partilhada não é adequada e não facilita o acompanhamento do processo de preparação para o regresso a casa. Pode inferir-se também que no momento da realização do estudo, se verificavam diferenças entre as opiniões dos enfermeiros e a informação efectivamente partilhada. A diferença entre a opinião dos profissionais e o que efectivamente se encontra documentado, foi já alvo de preocupação e reflexão em outros estudos (Törnvall, Wilhelmsson & Wahren, 2004), face às implicações para a tomada de decisões e avaliação dos cuidados, o que justifica a necessidade da existência de auditorias à documentação.

Os dados do questionário contribuíram para clarificar um outro aspecto em relação a esta problemática, uma vez que indicam também diferenças entre “o discurso e a acção”, na medida em que a maioria dos enfermeiros menciona fazer uso do SPIE para o planeamento dos cuidados, as respostas em relação à frequência com que o fazem permitem verificar que a maioria o consulta frequentemente, mas que uma percentagem (35%) o faz apenas ocasionalmente, dando origem a algumas questões em relação à qualidade desse planeamento e da implementação de estratégias de acção adequadas à evolução das situações de forma concertada no seio da equipa de enfermagem.

Considerando que maioritariamente os prestadores de cuidados seriam responsáveis por cuidados a uma população idosa, com problemas ao nível do auto cuidado e gestão do regime terapêutico, necessitando consequentemente de um prestador de cuidados dotado de capacidades para a prevenção de complicações, o apoio a prestar deve ser planeado com envolvimento de todos os elementos da equipa de cuidados.

A variabilidade das situações ao longo da evolução do estado de saúde do doente e da adaptação do prestador de cuidados ao exercício desse papel, quer quanto ao desempenho de actividades de índole instrumental, quer quanto à execução dessas actividades de forma segura para a sua própria saúde, e ao aperfeiçoamento de capacidades de vigilância e detecção atempada de potenciais complicações na condição de saúde do doente, implicam que o planeamento se baseie no contacto próximo e frequente com os cuidadores. Partindo da validação das situações encontradas, os dados a documentar, devem proporcionar informação que traduza as reais necessidades em cuidados, para que se possam planificar as intervenções, o acompanhamento e indicar em que situações são maiores as necessidades de proximidade na assistência.

O planeamento afigura-se como essencial à prestação de cuidados de saúde, é um dos componentes do processo de enfermagem e uma das competências essenciais para a prestação de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), implica o estabelecimento de prioridades, a identificação de resultados esperados num espaço temporal e a revisão do plano de cuidados regularmente. Para Leach (2008), é a fase que se segue imediatamente à avaliação inicial e ao diagnóstico e precede o tratamento e avaliação. Consiste na projecção de um curso de acção dirigido aos problemas do cliente e é fundamental para a identificação e definição de estratégias passíveis de prevenir, reduzir ou resolver esses problemas, constituindo um passo necessário para a prática clínica, pelo que deve ser realizado de forma clara e sistemática. No entanto, para que o planeamento possa ter os efeitos desejados, é essencial a recolha de informação actual e implica a formalização das estratégias que se pensam implementar.

Os resultados do questionário relacionados com este tema, revelam ainda que apesar da referência à consulta do SPIE para efeitos de planeamento, numa percentagem significativa de casos (45%), o agendamento de visita domiciliária se encontrava dependente do contacto do enfermeiro do hospital, ou da solicitação dos utentes, o que demonstra a necessidade da existência de uma postura mais

pró-activa, especialmente quando se está em presença de pessoas com necessidades de saúde complexas e em transição.

Apesar de uma elevada percentagem de utilizadores (93%), referirem que consultam o SPIE para verificarem se existem dados sobre o prestador de cuidados e se foi efectuada (ou não) preparação para o regresso a casa, a existência ou inexistência desses dados, não é ainda um motivo de planeamento de intervenções que favoreçam a continuidade assistencial. Efectivamente, quer no caso afirmativo, quer negativo, se apresentam perspectivas que poderiam orientar o planeamento da acção. Isto é, a não existência dos dados que contribuam para a continuidade do fluxo de informação, deveria ser um motivo para o estabelecimento de contacto com os enfermeiros dos cuidados hospitalares, procurando os dados e informação em falta, assim como o estabelecimento de contacto com o utente / prestador de cuidados, para agendamento de visita e assim permitir avaliar a percepção da auto-eficácia do prestador de cuidados para cuidar da pessoa dependente, que como é evidente, dependerá de forma significativa da tomada de consciência sobre as mudanças operadas e das competências cognitivas e instrumentais para o desempenho do papel de prestador de cuidados.

A avaliação e supervisão da integração e desenvolvimento das capacidades do prestador de cuidados em contexto domiciliário, são também os motivos que justificam o agendamento de uma visita domiciliária, mesmo quando no SPIE constem dados que permitem a continuidade informacional, uma vez que muitas das dificuldades sentidas surgem precisamente nesta altura, tornando-se fundamental a existência de um acompanhamento profissional que possa ser fonte de suporte, esclarecimento de dúvidas e auxílio na adaptação ao desempenho das actividades necessárias.

Apesar de após a alta hospitalar os cuidados passarem a ser prestados num ambiente em princípio mais conhecido e protegido, sentimentos associados às dificuldades e incerteza dos prestadores de cuidados imperam principalmente numa fase inicial, na qual se processa uma aprendizagem não apenas sobre como prestar cuidados, mas também como utilizar os recursos disponíveis. No estudo de Wiles (2003), veio a descobrir-se que alguns prestadores de cuidados reconhecem que deveriam ter solicitado ajuda formal mais cedo e não apenas quando surgiram situações de crise. Torna-se pois importante que exista uma postura mais activa, uma vez que tal pode significar a não detecção de situações

em que os prestadores de cuidados necessitam de apoio e de informação sobre outros recursos existentes na comunidade, antes que surjam repercussões não desejáveis quer na sua, quer na condição de saúde da pessoa a quem prestam cuidados.

Partindo da análise da informação partilhada em relação ao papel de prestador de cuidados e das opiniões dos enfermeiros, verifica-se que existe a percepção da sua pouca adequação para efeitos de continuidade de cuidados, sugerindo a necessidade de mudança na forma como esta é disponibilizada. Contudo, parece que ainda não é claro qual a melhor forma de partilhar a informação sobre o prestador de cuidados, uma vez que maioritariamente as opiniões dos enfermeiros se repartem pela nomeação a partir de uma dimensão do foco de atenção principal (ex: conhecimento do prestador de cuidados sobre...), ou como foco principal (ex: Papel de prestador de cuidados...), o que poderá traduzir diferentes interpretações sobre a intenção dos cuidados.

Contudo, o debate não pode, como é obvio, resumir-se a uma questão de semântica, mas deve centrar-se na discussão sobre a forma como nomear correctamente a condição de saúde dos clientes e qual a intenção dos cuidados. Esta é uma problemática à qual já outros autores fizeram referência (Brito, 2004), apontando a significativa falta de sistematização na documentação, relativamente aos juízos diagnósticos sobre os focos de atenção no domínio da “Função”<sup>15</sup> e da “Pessoa”<sup>16</sup>, verificando-se que os diagnósticos são pouco específicos e não descrevem os dados observados no cliente e a avaliação do diagnóstico ao longo do tempo. No mesmo sentido, Padilha (2006), quando em entrevista a enfermeiros do hospital (onde também decorreu este estudo) e na análise de conteúdo dos registos, refere que os diagnósticos identificados nos doentes e prestadores de cuidados não correspondiam à prática clínica, ou seja, não descreviam de forma adequada as situações que requeriam cuidados de enfermagem.

Neste estudo, procedeu-se num primeiro momento, a uma análise dos dados documentados no momento da alta hospitalar e associados aos prestadores de cuidados, tendo-se também encontrado diversas lacunas quanto à sua relevância

---

<sup>15</sup> Na Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem, Versão β2, é “*um processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível*”.

<sup>16</sup> “*indivíduo como agente intencional desempenhando acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual. Isto é, racionalidade*”(idem).

para um fluxo de informação promotor da continuidade de cuidados de enfermagem. Da mesma forma, a análise dos dados no momento do primeiro contacto de enfermagem após a alta hospitalar, permitiu verificar diversas quebras do fluxo informacional e dificuldades na utilização de informação que caracterizasse a condição do prestador de cuidados, o que leva a questionar se as discrepâncias encontradas, não serão também derivadas das dificuldades em nomear os diagnósticos que traduzam a necessidade em cuidados do prestador de cuidados face às condições de saúde dos clientes que dependem de prestador de cuidados, mas agora encontradas no contexto dos cuidados de saúde primários?

A integração dos SIE na prática clínica envolve a necessidade da abordagem de diversos factores, que vão além da tecnologia, envolvem educação, mudança de atitudes, de culturas, introdução de documentação “standardizada” e a sua repercussão na prática (Oroviogicoechea, Elliott, & Watson, 2008), pelo que ao pretender-se a continuidade e coordenação de cuidados, se deve considerar que os dados deverão ser consultados por diferentes pessoas, sendo para tal necessária informação explícita e formal que facilite o mesmo entendimento acerca das situações encontradas. Torna-se pois necessário encontrar em primeiro lugar, um consenso sobre como documentar os dados referentes ao foco de atenção Papel de Prestador de Cuidados, de forma a facilitar a compreensão das situações que envolvem necessidade de acompanhamento e em segundo lugar, a forma de explicitar o seu envolvimento no processo de cuidados.

O modelo de concepção de cuidados influencia a informação que é disponibilizada. Ou seja, conforme a atenção dos enfermeiros se centra mais numa óptica das funções, ou mais numa óptica da pessoa e das razões para a acção, se irá privilegiar a documentação de focos de cada um desses domínios. Verificou-se que a informação disponibilizada se centrava mais numa óptica de cuidados de enfermagem suportado no modelo de cariz “biomédico”. Esta perspectiva é concordante com o que tem sido encontrado em outros estudos (Silva, 2001; Pereira, 2001; Nóbrega, Garcia, Araruna, Nunes, Dias, & Beserra, 2003; Leal, 2006), nos quais se nota uma maior valorização dos focos na área da “Função” em detrimento dos domínios “Pessoa”, “Família<sup>17</sup>” e “Ambiente<sup>18</sup>”.

---

<sup>17</sup> “conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo

Embora não sendo coincidentes, as opções referidas pelos enfermeiros, sugerem a necessidade de uma modificação no processo diagnóstico e concepção de cuidados, que possa conduzir a uma maior focalização da atenção no domínio da “Pessoa” e subdomínios da “Razão para a Acção<sup>19</sup>” e da “Acção<sup>20</sup>”, o que poderá permitir melhorar a qualidade da informação partilhada, contribuindo assim para uma tradução mais adequada dos problemas encontrados. Segundo Atwaal (2002), a maximização do processo da alta hospitalar, implica que os enfermeiros recolham também, informação relativa aos aspectos sociais relacionados com os cuidados aos clientes.

Para a melhoria da qualidade da documentação, algumas das sugestões apontadas pelos enfermeiros poderão ser de grande utilidade, nomeadamente no que se refere à identificação do prestador de cuidados, a melhoria do dinamismo do próprio sistema como a sugestão em função de um foco de atenção seleccionado, de um conjunto de focos e intervenções relacionados. Melhorar a compreensão da linguagem classificada nos SIE em uso e especialmente, dos canais de comunicação entre os enfermeiros dos diferentes contextos, assume-se como uma importante área de intervenção. Finalmente, a possibilidade da documentação dos dados relativos às actividades diagnósticas poderá contribuir para a melhor compreensão da informação partilhada entre diferentes contextos.

Tornar mais compreensível a descrição do processo de preparação do regresso a casa, passa indubitavelmente pela necessidade da sua profissionalização (Padilha, 2006), sendo necessária melhorar a sistematização do processo de documentação face às situações encontradas e a atribuição de um sentido aos cuidados planeados. Da análise efectuada, pôde constatar-se que em 8,2% dos casos (n=8), não foram documentadas intervenções dirigidas ao prestador de cuidados no momento da alta hospitalar e que o mesmo acontecia em 69% de casos (n=67), no momento do primeiro contacto com os cuidados de saúde primários, perdendo-se assim informação importante para a compreensão do processo, ficando a dúvida sobre se essa inexistência não poderá significar que nessas situações o prestador de cuidados não é uma preocupação para orientar as intervenções.

---

*mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo” (op. cit.).*

<sup>18</sup> “condições ou influências sob as quais o ser humano vive e se desenvolve” (op. cit.).

<sup>19</sup> “motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa” (op. cit.).

<sup>20</sup> “maneira como cada um actua, cuida ou se comporta, explicada e compreendida por meio de razões expressas” (op. cit.).

Torna-se portanto necessária a existência de um modelo que possa orientar o sentido dos cuidados de enfermagem focalizados nas dinâmicas familiares, passando-se de uma visão da família como contexto para uma visão da família como sistema (Araújo, Paúl & Martins, 2008), já que na maioria dos casos o prestador de cuidados é um membro da família, emergindo a necessidade de intervenções que vão além do estritamente instrumental. A efectividade dos cuidados em contexto domiciliário, relaciona-se com outros factores que vão para além da doença, nomeadamente a saúde do prestador de cuidados (Smith, Pace, Kochinda, Kleinbeck, Koehler, & Popkess-Vawter, 2002), pelo que se torna necessário passar de um processo que focaliza mais a gestão de sintomas, para um que se focalize mais na qualidade de vida e promoção da saúde.

Estudos recentes (Zabelegui, Bover, Rodriguez, Cabrera, Diaz, & Gallart, et al 2008), sugerem que os prestadores de cuidados apresentam diferentes necessidades, as quais se encontram relacionadas com os contextos onde se inserem, as expectativas de vida, o género, idade, trabalho e o prestador de cuidados possuir a sua própria família, apontando-se a necessidade da existência de ajuda profissional na assistência às dificuldades e conflitos que surgem no dia-a-dia. Estando demonstrados os benefícios que podem ser alcançados com o treino adequado dos prestadores de cuidados, no que diz respeito às consequências quer para a sua saúde, quer na condição de saúde da pessoa de quem cuidam (Kalra, Evans, Perez, Melbourn, Patel, & Knapp et al, 2004), é também necessário que se implementem intervenções que tenham como finalidade a redução da tensão e carga dos prestadores de cuidados (Honea, Brintnall, Given, Sherwood, Colao, & Somers et al, 2008), no sentido de se detectarem atempadamente situações indutoras de stress. Da análise realizada, verifica-se a ausência de intervenções dirigidas para o stress do prestador de cuidados, sugerindo que de momento esta é ainda uma dimensão dos cuidados, que permanece muito pouco visível nos SIE, colocando algumas questões sob o ponto de vista da referenciação de casos já detectados, ou em risco de apresentarem o problema.

Cuidar de um familiar com níveis elevados de dependência, pode originar situações de crise, indutoras de stress e que implicam que o prestador de cuidados, consiga encontrar estratégias que facilitem a adaptação às vivências inerentes ao exercício desse papel. A este respeito, Pereira (2007) refere que as intervenções que se dirigem a dimensões dos cuidados como a Adaptação e a

Aprendizagem para o exercício de Tomar conta, permanecem ainda nos territórios do “exposto”.

A percepção dos prestadores de cuidados sobre as suas experiências e vivências, torna-se essencial para que se possam perspectivar os resultados pretendidos. Neste sentido é importante a introdução de instrumentos de recolha de dados, que orientem o sentido das intervenções. Coleman (2004), refere que no âmbito da transição de cuidados, se torna necessária a uniformização de instrumentos de avaliação e de comunicação, que facilitem o acesso a elementos relevantes para o processo. Para esse efeito têm sido sugeridos alguns instrumentos na literatura que podem proporcionar a detecção precoce dos prestadores de cuidados em risco de virem a manifestar sinais de fadiga ou exaustão devido ao desempenho desse papel. Um desses instrumentos (Consequences of Care Index), foi recentemente traduzido e validado para a língua Portuguesa (Índice de Consequências do Prestador de Cuidados) e constitui segundo Garcia (2009), um instrumento de diagnóstico da sobrecarga do prestador de cuidados, que apresenta ainda a vantagem de poder ser aplicado antes da pessoa dependente ter alta, permitindo uma detecção mais atempada dos prestadores de cuidados em risco e portanto o planeamento de um outro tipo de intervenções e acompanhamento. Todavia outros instrumentos existem e podem ser usados para o contexto em discussão, nomeadamente a Escala de Suporte Social – MOS Social Support Survey (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008), que se propõem avaliar as principais dimensões do suporte social de forma prática e breve; o questionário proposto por Martins; Ribeiro & Garrett (2003), que pretende avaliar o impacto físico, emocional e social do cuidador informal (QASCI); a Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007), que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal; o Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007); o Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades – CAMI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) e o Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados – CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007).

Os resultados relativos às intervenções de enfermagem, estão de acordo com a revisão da literatura efectuada por Andrade (2009), que sugere a necessidade de clarificação do impacto de intervenções destinadas a facilitar o processo de transição para prestador de cuidados.

Tendo-se ainda verificado que no momento da alta, maioritariamente, os doentes eram provenientes dos serviços de medicina (66%) e em menor percentagem de serviços cirúrgicos (34%), poderiam perspectivar-se diferentes necessidades de acompanhamento em relação aos doentes e prestadores de cuidados, durante períodos prolongados após a alta hospitalar. Em estudo recente (Brown, Roth, Allman, Sawyer, Ritchie, & Roseman, 2009), vieram demonstrar que a hospitalização de doentes idosos, se encontra associada a mudanças significativas ao nível funcional e da mobilidade. Os autores referem que no caso dos doentes do foro cirúrgico, se constata um declínio agudo imediatamente após a cirurgia, mas que a recuperação acontece para os níveis anteriores, ou até superiores, no espaço de um ano. Contudo, para os doentes internados em serviços de medicina, o declínio após a hospitalização não foi tão marcado, mas estes não regressaram aos níveis anteriores, verificando-se mesmo algum declínio funcional até dois anos após o internamento. Naylor, Bowles & Brooten (2000), tinham também encontrado diferenças entre os doentes do foro médico e cirúrgico, referindo que os doentes do foro médico apresentavam após a alta, pior condição de saúde, maior número de comorbilidades e pior estado funcional, o que implicou a necessidade de um maior número de visitação domiciliária, até seis meses após a hospitalização.

Estas limitações ao nível funcional e da mobilidade, podem implicar dificuldades para os doentes em iniciarem diversas actividades inerentes às actividades de vida e na prevenção de complicações, o que indicia a necessidade da existência de um prestador de cuidados, detentor de conhecimentos e habilidades adequadas para lidar com a condição de saúde do doente, para exercer vigilância sobre a sua evolução dessas limitações.

No seu conjunto, os estudos citados vêm demonstrar a necessidade da articulação entre os diferentes níveis de cuidados, no sentido de possibilitar respostas adequadas às reais necessidades dos clientes. A efectiva coordenação de cuidados, implica a adopção de estratégias que facilitem a comunicação entre os profissionais envolvidos e para as quais a informação sobre os clientes adquire crescente relevância (Anderson & Helms, 2000).

A percepção da existência de continuidade e de preparação para lidar com os problemas, são indicadores de satisfação quer dos doentes, quer dos prestadores de cuidados, com o processo de preparação do regresso a casa (Bull, Hansen, & Gross, 2000). Contudo, em mais de metade das situações, a informação

partilhada não foi demonstrativa de continuidade assistencial e demonstrou a não preparação de diversos prestadores de cuidados para lidar com a condição de saúde do doente.

Verificou-se que no momento de contacto após a alta, os défices em conhecimento e / ou aprendizagem de habilidades, identificados pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, eram em menor número relativamente aos que tinham sido identificados pelos enfermeiros do hospital no momento da alta. Estes resultados não estão de acordo com o que tem sido encontrado nos contextos reais da prática, onde têm sido identificados um maior número de défices após a alta, com predomínio para a gestão do regime terapêutico, auto cuidado, processos dos sistemas músculo-esquelético, tegumentar e respiratório (Padilha, 2006; Petronilho, 2006).

Em relação a este assunto, o trabalho realizado por Petronilho (idem) adquire particular significado, uma vez que veio demonstrar a existência de uma evolução negativa muito significativa, nos conhecimentos e aprendizagem de habilidades do familiar cuidador, entre o demonstrado no hospital e no domicílio, com repercussões negativas na condição de saúde do doente. Os domínios identificados pelo autor e em que ocorreu evolução negativa significativa, são coincidentes com os que foram identificados neste trabalho, pelos enfermeiros no momento da alta, nomeadamente no que se refere à prevenção de úlceras de pressão, auto cuidado: higiene, técnica de transferência e de posicionamento.

Assim, as discrepâncias encontradas, nos défices identificados entre os momentos em análise, podem estar relacionadas com as dificuldades encontradas pelos enfermeiros em nomear os problemas dos clientes, ou com os modelos de cuidados, com repercussões na qualidade e relevância da informação partilhada sobre o foco de atenção em análise. Estes resultados apresentam diversas implicações, na medida em que como refere Bowles (2000), a descrição dos principais problemas dos clientes é essencial para o desenvolvimento de novos modelos de actuação e para aumentar a compreensão do papel da enfermagem durante a transição de cuidados.

Considerando a informação e as TIC como ferramentas básicas para o desenvolvimento da actividade profissional dos enfermeiros, não basta reconhecer a necessidade de informação. São necessárias competências que promovam a ligação entre informação e conhecimento, que tornem possível a resolução dos problemas encontrados nos contextos da prática do dia-a-dia. Os

trabalhos de Jesus (2006) e Banning (2008), vêm reforçar a importância desta ligação, no sentido em que indicam a necessidade de revisão e análise, do relacionar e interpretar informação, como aspectos essenciais para a aquisição de conhecimento sobre os clientes e a formulação de estratégias de acção.

Sendo a procura de informação influenciada por diversos factores (Greenwood, Sullivan, Spence & McDonald, 2000; Pereira, 2001; Erdley, 2005), torna-se essencial a clarificação dos requerimentos e conteúdo da informação (Hellesø, Lorensen & Sorensen, 2004), nomeadamente em relação ao foco em estudo, a ser partilhada entre diferentes contextos, entendendo essa partilha, como uma pré-condição facilitadora da continuidade e transição de cuidados.

Para além da necessária auditoria e avaliação do conteúdo da informação, realça-se ainda a necessidade de se encontrarem espaços e momentos que facilitem a divulgação dos seus resultados, de forma a permitir a criação de uma cultura de reflexão sobre as práticas e sobre como a partilha de determinada informação, pode influenciar a adopção de diferentes estratégias de melhoria da qualidade.

Todavia, a mudança não poderá dispensar uma reflexão sobre as concepções de cuidados existentes entre os diferentes contextos (cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários). A existência de diferentes concepções de cuidados, tem demonstrado influenciar a interpretação da informação partilhada (Hellesø & Lorensen, 2005; Hellesø, Sorensen & Lorensen, 2005), originando a identificação de diversas áreas alvo de programas educacionais e das quais fazem parte os aspectos comunicacionais e os relativos ao conhecimento do envolvimento dos clientes no processo de cuidados (Werret, Helm, & Carnwell, 2001).

É também importante realçar que as TIC por si só, não podem ser encaradas como a solução para enfrentar problemas multifacetados, na área da prestação de cuidados de saúde. Têm um papel na continuidade informacional, a qual por sua vez é um dos componentes da continuidade de cuidados (Holland & Harris, 2007). Estes autores, ao efectuarem uma revisão dos conceitos utilizados no âmbito da alta hospitalar, apresentam um modelo que relaciona os conceitos de alta hospitalar, transição de cuidados, coordenação e continuidade de cuidados, pretendendo situá-los ao longo de todo o processo, surgindo no centro a transição dos clientes e onde a continuidade de cuidados apresenta como atributos a focalização nos clientes e a temporalidade, podendo constituir-se como um resultado de qualidade.

A existência de um modelo que oriente o pensamento e a procura de informação é essencial à identificação dos problemas que se colocam ao longo do *continuum* de cuidados e à identificação de intervenções ajustadas aos resultados pretendidos. Neste sentido, a teoria de transições (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) emerge com uma estrutura útil para a compreensão quer a problemática da transição de cuidados, quer a transição para o papel de prestador de cuidados, orientando os enfermeiros para a pesquisa de informação relevante que permita compreender melhor a complexidade destes processos e a sua percepção num sentido longitudinal da integração das experiências de transição dos intervenientes.

A preparação do regresso a casa influencia de forma decisiva as vivências das pessoas dos seus processos de vida e de transição, daí a necessidade de fomentar a articulação da transferência do doente / prestador de cuidados entre os profissionais, ao invés da tradicional admissão e alta, onde a responsabilidade tende a começar e a terminar. Procura-se assim um cenário de responsabilidades partilhadas, segundo o qual os profissionais se devem articular no sentido de proporcionar cuidados de forma ligada e coordenada.

As várias transições vivenciadas quer pelo doente, quer pelo prestador de cuidados, assim como dos factores que as podem facilitar ou inibir, bem como os padrões indicativos das respostas a essas transições, são clarificados a partir da teoria das transições, que fornece orientações para a interpretação das conexões que se podem estabelecer entre os seus diferentes componentes. Neste sentido, a transição para o papel de prestador de cuidados, não pode ser entendida de forma isolada da transição saúde / doença do doente. Ao mesmo tempo que o prestador de cuidados experiencia a transição para esse papel, o doente experiencia a transição de sofrer de uma doença que põe em risco a sua vida, o que trará implicações na adaptação e reorganização da vida do doente e do prestador de cuidados. De igual modo, a identificação das problemáticas resultantes da transição situacional, em que o contexto dos cuidados passa de forma quase sempre rápida, do hospital para o domicílio, tem implicações para o desenvolvimento e vivência das experiências de transição do doente e prestador de cuidados. Para Meleis et al (2000), torna-se importante identificar se as transições múltiplas são sequenciais ou simultâneas, o tempo que medeia entre elas e a relação entre os diferentes eventos que as podem despoletar.

Assim a identificação da condição do doente e do prestador de cuidados, da sua evolução no *continuum* de cuidados e da efectividade das intervenções em função dos objectivos pretendidos, são essenciais para que se possam compreender as transições de forma integrada e longitudinal. Para que os enfermeiros possam actuar de forma integrada e coordenada, é essencial que a continuidade do fluxo informacional seja encarado como uma mais-valia para o processo de cuidados, no sentido em que proporciona um meio de orientar e avaliar o sentido e progresso desse processo e a tomada de decisão.

Considerando ainda que as necessidades dos prestadores de cuidados se modificam ao longo do tempo, torna-se importante a adopção de referenciais que permitam identificar défices ao nível educacional, de treino e suporte. O modelo proposto por Cameron & Gignac (2007), que se centra na identificação das necessidades dos prestadores de cuidados ao longo da sua trajectória e em como estas variam nas diferentes fases do contínuo dos cuidados (evento / diagnóstico, estabilização, preparação, implementação e adaptação), apresenta potencialidades efectivas na orientação da recolha e análise de informação, que permita objectivar os resultados desejados e os recursos necessários. Resultando de uma revisão da literatura, que abordou o tema dos cuidadores de pessoas vítimas de acidente vascular cerebral, os autores construíram um modelo que pretende facilitar a identificação das necessidades dos prestadores de cuidados e providenciar-lhes informação, treino e suporte emocional, de forma mais eficiente e apropriada ao longo do tempo, considerando que as suas necessidades variam em função das fases que se podem identificar e que os cuidadores vivenciam.

Este modelo, possibilita a orientação das intervenções a implementar consoante as fases em que o prestador de cuidados se encontra, desde o evento inicial, ao contexto hospitalar e à adaptação que ocorre em contexto dos cuidados na comunidade e embora tenha sido desenvolvido tendo como base a situação dos cuidadores de pessoas com uma condição de saúde específica, da sua análise depreende-se que facilmente pode ser transportado para outras situações de doença crónica.

As relações que se estabelecem entre o uso dos sistemas de informação e a qualidade da informação, são referidas no modelo de avaliação de sistemas de informação proposto por alguns autores (Yusof, Kuljis, Papazafeiropoulou, & Stergioulas, 2008), segundo o qual, a qualidade da informação afecta a utilização do sistema, da mesma forma que a utilização do sistema, afecta a qualidade da

informação. Por sua vez, o uso do sistema é um antecedente directo dos benefícios que se podem alcançar com a sua utilização, afectando estes por sua vez o uso do sistema. Assim, a circularidade das relações que se estabelecem entre estes elementos, podem fazer evoluir o sistema no sentido positivo ou negativo.

Os resultados encontrados, indicam que a qualidade da informação disponibilizada em relação ao foco de atenção em análise, se revelou segundo a opinião dos enfermeiros inquiridos, pouco adequada para efeitos de implementação do processo de preparação do regresso a casa, o que também foi verificado pela análise efectuada à continuidade do fluxo de informação entre o hospital e o centro de saúde. Assim, as melhorias que possam vir a ser introduzidas relativamente à qualidade da informação disponibilizada, no sentido de permitir uma tradução mais adequada das situações que exigem cuidados e da evolução do prestador de cuidados ao longo do processo de regresso a casa, podem influenciar a periodicidade de consulta da informação no sentido positivo e assim possibilitar mais e melhor informação para a tomada de decisões sobre o processo de cuidados.

Todavia, outros factores como sejam os de natureza tecnológica, ou seja, a qualidade do sistema, são também apontados pelos autores anteriormente citados, como elementos que influenciam o seu uso, pelo que é importante averiguar se o sistema serve as necessidades dos seus utilizadores, é amigável e de fácil utilização e se encaixa nos padrões de trabalho em uso na organização. A verificação destes factores não era um objectivo para a realização deste trabalho, no entanto, as sugestões de melhoria referidas pelos enfermeiros inquiridos, apontam para a necessidade de se introduzirem melhorias na qualidade do sistema, tornando-o mais dinâmico e portanto mais fácil de utilizar.

Assim, a não existência de referenciais que orientem a procura e análise de informação pertinente para a compreensão do desempenho do prestador de cuidados, bem como o seu conteúdo, pode ter contribuído para os resultados encontrados, perante os quais se pode afirmar que a continuidade informacional foi prejudicada em pouco mais de metade da amostra. As opiniões dos enfermeiros vieram complementar essa perspectiva, sugerindo que o conteúdo dessa informação é insuficiente para a preparação e implementação do processo de regresso a casa e para a percepção do envolvimento do prestador de cuidados nesse processo.

## Considerações Finais

*“Se queres conversar comigo, define primeiro os termos que usas”*

Voltaire

---

No decorrer desta parte do trabalho serão apresentadas as considerações finais relativas ao estudo realizado, tendo em consideração as perguntas que orientaram a sua realização. As considerações aqui apresentadas são resultado da interpretação de uma realidade possível e socialmente construída, influenciada quer pelo contexto onde se insere, quer pelos percursos individuais dos actores que a constroem.

A sociedade da informação surge nas sociedades modernas, como um constructo que pretende transmitir a ênfase no armazenamento, processamento, valorização, transmissão, distribuição e disseminação de informação, como condições para a criação de conhecimento e satisfação das necessidades dos cidadãos, fazendo uso recorrente de redes digitais de informação. Os desafios que se colocam no sector da saúde, prendem-se com a evolução no sentido da construção de uma sociedade do conhecimento, onde se espera o acompanhamento das mudanças em tempo o mais próximo possível do real e se valorizam competências como a pré-cognição e a adaptabilidade.

A temática da partilha de informação de enfermagem entre contextos de saúde, reveste-se portanto de importância crescente nestas novas dinâmicas sociais, para as quais são ainda de considerar as modificações sociais e demográficas das populações, as práticas de gestão na área dos cuidados de saúde, bem como o emergir de novas necessidades, destacando-se o combate à fragmentação dos cuidados, induzida por falhas de comunicação e coordenação ao nível da prestação.

Considerando ainda o aumento do número de pessoas idosas, com doenças crónicas e em situação de dependência, assiste-se a um aumento exponencial de pessoas com incapacidades cognitivas e funcionais, dando assim origem à necessidade de cuidados de saúde prestados em contexto familiar. Torna-se assim emergente a temática do exercício do Papel de Prestador de Cuidados, procurando-se a maximização e a eficácia do exercício desse papel, do que

depende a aquisição pelo cuidador, de capacidades cognitivas e de habilidades inerentes ao desempenho de diferentes actividades.

A preparação do regresso a casa da pessoa dependente e do prestador de cuidados, assume importância crescente face às dificuldades que se podem prever ao longo da concretização deste processo. Todavia, como referem alguns autores (Padilha, 2006; Petronilho, 2006), esta é uma área de intervenção que necessita de investimento e sistematização profissional, uma vez que para fazer face aos problemas encontrados, se têm vindo a concretizar iniciativas mais de carácter individual e menos de carácter formal e organizacional.

Esta falta de sistematização, concorre para o aumento das dificuldades sentidas pelos prestadores de cuidados, tendo vindo a ser demonstrada a relação entre os seus conhecimentos e capacidades e a condição de saúde da pessoa dependente de cuidados (Petronilho, idem), pelo que este processo carece ainda de uma visão de intervenção centrada na família, uma vez que na esmagadora maioria dos casos, o papel de cuidador principal recaí sobre um membro da família.

Num cenário de transição de cuidados, em que estes deixam de ser efectuados ao nível hospitalar e passam para o contexto familiar e domiciliário, assume particular importância a comunicação e coordenação entre os profissionais de saúde, em particular entre os enfermeiros, tornando-se necessário para esse efeito, a partilha de informação bem estruturada e de qualidade, contribuindo a continuidade do seu fluxo para a boa referência das necessidades e a tradução de forma clara das problemáticas encontradas no contexto da prática clínica.

Neste sentido, tornou-se pertinente o estudo de uma estrutura de partilha de informação que privilegia esse foco de atenção, procurando descortinar como é que a informação efectivamente partilhada, poderia contribuir para a continuidade informacional, facilitando assim o processo de transição e continuidade de cuidados.

Neste estudo, as pessoas que se encontravam em situação de dependência eram maioritariamente idosas, o que desde logo tornava previsíveis situações de limitação e dependência funcional, com implicações quer para a sua condição de saúde, quer para a pessoa que viesse a desempenhar o papel de prestador de cuidados. As causas que estiveram na origem dos internamentos no hospital, originaram maioritariamente admissões nos serviços de medicina e com menor

frequência em serviços cirúrgicos, indiciando necessidades de acompanhamento diferentes, como sugerem os resultados encontrados em estudos recentes (Naylor, Bowles & Brooten, 2000; Brown, Roth, Allman, Sawyer, Ritchie, & Roseman, 2009).

Considerando as perguntas colocadas à partida para a realização deste estudo, pode dizer-se que em relação à informação relativa ao desempenho do Papel de Prestador de cuidados, documentada e partilhada entre contextos de cuidados de saúde na transição de cuidados, os enfermeiros de ambos os contextos de cuidados (Hospital e Centros de Saúde) utilizam duas formas para documentar os dados relativos ao prestador de cuidados:

- Quando se reportam ao desempenho do papel e à existência de sobrecarga do prestador de cuidados, identificam os diagnósticos de enfermagem centrados nos focos de atenção “Papel de Prestador de Cuidados” e “Stress do Prestador de Cuidados” respectivamente;
- Quando se reportam ao desenvolvimento de competências cognitivas ou instrumentais do prestador de cuidados, identificam os diagnósticos de enfermagem centrados nas dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, relativos aos focos de atenção associados à condição do doente que determina a dependência de um prestador de cuidados.

Contudo, a análise efectuada permitiu verificar que pontualmente existem diferentes perspectivas quanto à nomeação deste foco de atenção como foco principal e que as áreas privilegiadas se centravam na aquisição de conhecimentos e na aprendizagem de habilidades do cuidador.

A análise de conteúdo efectuada aos diagnósticos identificados pelos enfermeiros, permitiu verificar quais os domínios de atenção privilegiadas. Quer ao nível hospitalar, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, a atenção recaiu maioritariamente nas dimensões do conhecimento e em seguida na aprendizagem de habilidades, embora no contexto dos centros de saúde, a dimensão da aprendizagem de habilidades não tenha sido tão elevada com ao nível hospitalar. A grande maioria dos diagnósticos centrou-se nos momentos em análise, na área da aquisição de competências cognitivas.

Em relação às intervenções de enfermagem documentadas face aos diagnósticos identificados, verificou-se que estas se centraram, quer no momento da alta, quer

no momento do primeiro contacto com os cuidados de saúde primários, essencialmente no tipo acção informar, com predomínio para as do tipo ensinar, denotando maior ênfase na transmissão de informação sobre as actividades que o prestador de cuidados iria desempenhar. Não ficaram assim evidentes, acções necessárias para uma intervenção centrada na adaptação do prestador de cuidados, às actividades necessárias ao exercício do papel num novo contexto e à avaliação, supervisão e validação dos conhecimentos e competências adquiridas.

Constatou-se também, que nem todos os prestadores de cuidados conseguem adquirir as capacidades necessárias para cuidar eficazmente da pessoa que se encontra em situação de dependência, uma vez que no momento da alta foi documentada uma percentagem de casos (34%), em que o prestador de cuidados não demonstrava ter adquirido conhecimentos e / ou habilidades, para lidar com a condição de saúde da pessoa dependente. Os défices em conhecimentos e / ou habilidades identificados, abrangiam áreas como a execução de técnicas, a prevenção de complicações, a assistência no auto cuidado e a gestão do regime terapêutico. Em várias situações não se verificou coincidência na identificação dos focos de atenção e ou dimensões dos focos, entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários. Em 57,6% das situações, não se verificou continuidade na documentação, pelo que não fica evidente a efectividade das acções implementadas, ficando apenas documentadas as dificuldades do cuidador e não a sua evolução no sentido da aquisição das capacidades / habilidades necessárias ao desempenho do papel.

A continuidade do fluxo informacional é um atributo da continuidade de cuidados, que se combina segundo a Canadian Health Services Research Foundation (2002), com o acesso dos clientes aos cuidados, habilidades interpessoais e a coordenação entre os profissionais no sentido da manutenção de consistência, pelo que a informação que é partilhada sobre determinados itens do contexto clínico, tem impacto sobre os elementos que se relacionam com a referenciação dos clientes, o acesso aos cuidados necessários e com a necessária coordenação entre os profissionais, com repercussões no sentimento de consistência e de ligação que os clientes experienciam.

Para a Canadian Health Services Research Foundation (idem), a experiência de continuidade pode ser aferida segundo duas perspectivas. A perspectiva dos clientes, que se relaciona com o acesso a cuidados prestados por profissionais conhecedores dos eventos anteriores, que concordaram na elaboração de um

plano de assistência, e que serão cuidados por um profissional que os conhece. A perspectiva dos profissionais, relaciona-se com a percepção da posse de informação e conhecimento sobre os clientes, que facilita o exercício das suas competências e com a noção de que os seus “inputs” serão reconhecidos e utilizados por outros profissionais.

A primeira perspectiva não foi alvo de análise na realização deste trabalho, no entanto já em relação à segunda, os resultados permitem constatar que a continuidade se encontrava prejudicada devido a carências qualitativas e/ou quantitativas de informação e às quebras identificadas no seu fluxo. De realçar ainda, que dadas as relações que se estabelecem entre informação e conhecimento, a não disponibilização de informação adequada e de qualidade, pode ter implicações no conhecimento que daí se pode retirar e colocar ao serviço das competências profissionais. Os resultados da análise efectuada, são por isso demonstrativos da dificuldade num grande número de situações, em se poder retirar conhecimento útil a partir da informação disponível, em função do nível de qualidade da informação partilhada.

A percepção dos enfermeiros dos centros de saúde sobre a adequação da informação de enfermagem partilhada sobre o prestador de cuidados, veio complementar o quadro da realidade que foi sendo construído.

Os resultados obtidos pelo questionário foram tratados numa perspectiva de complementaridade, relativamente aos resultados obtidos a partir da análise documental efectuada à informação partilhada e à análise comparativa entre os dados documentados sobre o papel de prestador de cuidados, no momento da alta e do primeiro contacto com os cuidados de saúde primários.

Constataram-se diferenças entre os modelos expostos e os modelos em uso, uma vez que um grupo significativo dos enfermeiros (35%) que responderam ao questionário, refere utilizar ocasionalmente o SPIE para planeamento de cuidados. As deficiências decorrentes deste tipo de planeamento, complementam a ideia de que as quebras no fluxo informacional, têm implicações na referenciação das situações, verificando-se que o agendamento de uma visita domiciliária se encontrava maioritariamente dependente do contacto do enfermeiro do hospital, ou da solicitação dos clientes.

As diferenças encontradas na nomeação do foco de atenção em análise, podem relacionar-se com a dificuldade na construção diagnóstica que traduza a condição

dos prestadores de cuidados, referindo os enfermeiros que a informação disponibilizada em relação ao prestador de cuidados, era pouco adequada para efeitos de continuidade de cuidados e para a documentação e percepção do seu envolvimento no processo de transição do hospital para o contexto domiciliário. As opiniões relativas à pouca adequação da informação partilhada para efeitos de continuidade de cuidados, são portanto espelho das insuficiências encontradas no fluxo de informação entre os dois momentos deste estudo.

Ainda em relação ao conteúdo da informação disponibilizada, a opinião dos enfermeiros veio também complementar os resultados encontrados na análise de conteúdo, quanto à maior valorização na documentação dos domínios da função, manifestando os enfermeiros a necessidade de se trabalhar no sentido de uma maior inclusão dos domínios da pessoa, família e ambiente.

Pode portanto constatar-se que o processo de decisão clínica em relação ao foco de atenção do Papel de Prestador de Cuidados, se encontra dificultado pela pouca adequação da informação partilhada no SIE, quer quanto aos aspectos relacionados com a construção dos diagnósticos de enfermagem, quer quanto às intervenções, no sentido em que como refere Jesus (2006), este inclui as componentes diagnóstica e interventiva.

As inferências foram efectuadas a partir da documentação produzida e não da observação dos cuidados efectuados, pelo que não pode ser encarada de forma linear a relação entre as insuficiências encontradas nessa informação e os cuidados efectivamente prestados. A informação analisada, não foi confrontada com as percepções dos clientes acerca dos cuidados recebidos, pelo que ficou por verificar um atributo importante relativo à continuidade de cuidados.

Os resultados encontrados têm todavia implicações para o domínio da prática clínica, uma vez que esta depende também da existência de informação adequada e em tempo oportuno. Neste sentido, o SPIE não deve ser encarado apenas como um repositório (tipo armazém) de informação, pelo contrário, interessa que essa informação possua integridade referencial entre diagnósticos, intervenções e dados da observação / vigilância do cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2007), se encontre enquadrada num contexto e seja avaliada, seleccionando-a e adequando-a às necessidades em concreto do processo de cuidados.

Assim, sugere-se a introdução de instrumentos de recolha de dados que favoreçam uma melhor caracterização dos prestadores de cuidados e orientem o planeamento e consecução das intervenções. O Índice de Consequências do Prestador de Cuidados (Garcia, 2009), pode constituir-se um instrumento útil, no sentido em que quando aplicado antes da alta, apresenta valor preditivo quanto aos prestadores de cuidados em risco de desenvolverem consequências negativas associadas ao desempenho do papel. Além deste, outros instrumentos que caracterizam o prestador de cuidados poderão ser utilizados. A Escala de Suporte Social – MOS Social Support Survey (Ponte & Pais-Ribeiro, 2008), propõe-se avaliar as principais dimensões do suporte social de forma prática e breve; o questionário proposto por Martins; Ribeiro & Garrett (2003), pretende avaliar o impacto físico, emocional e social do cuidador informal (QASCI); a Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007), que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal; o Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007); o Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades – CAMI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) e o Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados – CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007), são exemplos de instrumentos que podem ser utilizados nos contextos da acção e mesmo introduzidos no SIE, permitindo os seus resultados contribuir para que se encontrem formas de apoio e que aplicados de forma sistemática permitem averiguar a efectividade das intervenções implementadas.

Como forma de orientar quais os dados a recolher em função da evolução das necessidades do prestador de cuidados, sugere-se o modelo de Cameron & Gignac (2007), que fornece orientações para a recolha de informação e implementação de intervenções em função das fases em que se encontra o cuidador no *continuum* de cuidados.

A perspectiva de transição de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000), afigura-se útil para a compreensão da problemática da transição de cuidados, uma vez que favorece uma visão que permite a identificação das diferentes transições que podem estar em curso e que influenciando-se mutuamente, têm repercussões recíprocas quer sobre o prestador de cuidados, quer sobre a pessoa dependente. Assim se percebe, a necessidade de recolha de informação relativamente a um conjunto de outros domínios, nomeadamente no que se refere à interacção e adaptação.

Contudo à luz da realização deste trabalho, deve considerar-se ainda, um tipo de transição, que tem uma influência importante sobre o modo como se vão desenrolar outras transições que acontecem em simultâneo. A transição organizacional, ainda pouco explorada na literatura e que deriva de um contexto mais alargado, é influenciada pelo ambiente político, social e económico e corresponde às reorganizações estruturais das entidades prestadoras de cuidados de saúde (Meleis, 2007). Este tipo de transição, origina por isso mudanças nas estruturas e recursos ao nível dos sistemas de saúde, que vão influenciar quer as dinâmicas dos profissionais, quer as vivências e necessidades das pessoas que utilizam esses sistemas. Por outro lado, a introdução de modificações nos SIE, nomeadamente a plataforma de partilha de informação, constituem-se como uma marca, um ponto crítico dessa transição e que se relaciona com outras propriedades da transição, como o seu reconhecimento, o nível de envolvimento dos profissionais no processo, a sua compreensão da mudança que originou a transição e a mudança que teve origem na transição, e o movimento da transição ao longo do tempo, com tendência para um período que marca o seu final, ou seja, após períodos de instabilidade, confusão e desorganização, devido às modificações no SIE e sua implementação, deverá seguir-se um novo período de estabilidade, que representa a incorporação das mudanças introduzidas e a mestria que foi sendo alcançada pelos utilizadores, com a consequente possibilidade de se retirarem vantagens das mudanças produzidas pelo SIE, em termos de governação clínica e das organizações.

Relativamente à Classificação em uso no SIE, torna-se essencial a adopção da versão 1 da CIPE® (já disponível em Português), na medida em que esta se tornou um sistema de classificação tecnologicamente mais robusto em função das reformulações introduzidas, oferecendo mais oportunidades de escolha ao utilizador e portanto facilitadora da produção de informação, permitindo em relação ao foco de atenção em análise, uma melhor documentação e identificação de quem exerce o papel de cuidador, originando um melhor enquadramento numa perspectiva sistémica das dinâmicas familiares.

Por outro lado, a adopção de referenciais que orientem a actuação das equipas de enfermagem, poderá ser também um instrumento favorecedor da melhoria do fluxo e qualidade da informação partilhada. Assim, são de considerar a adopção de procedimentos que orientem a actualização dos planos de cuidados antes da alta hospitalar, nomeadamente no que se refere aos diagnósticos e intervenções

de enfermagem, a disponibilização de dados que permitam a identificação do prestador de cuidados e informação que favoreça a percepção do seu envolvimento no processo de transição, bem como da sua preparação para lidar com a condição de saúde da pessoa dependente. Relativamente aos centros de saúde, deverá ser enfatizada a necessidade de consulta da informação para planeamento de intervenções adequadas face às problemáticas encontradas, adoptando-se uma atitude mais proactiva no planeamento e estabelecimento de contacto com os clientes. Finalmente, a adopção de medidas que melhorem e optimizem a comunicação entre os profissionais de enfermagem é essencial, podendo-se utilizar para o efeito meios como o e-mail, fax e contacto telefónico, para uma melhor a referenciação das situações.

A perspectiva dos SIE como um espaço sociotécnico, permite perceber que a introdução na prática clínica de um novo sistema de informação produz mudanças na prática de enfermagem, as quais são mediadas pelas mudanças necessárias à introdução dos sistemas e os efeitos produzidos nos fluxos de trabalho existentes. Para que se tenha sucesso, o sistema introduzido deve conseguir reflectir a prática no mundo real dos contextos de trabalho. A relativa maturidade na utilização de sistemas de informação electrónicos na área da saúde, torna importante o reconhecimento dos efeitos menos positivos e do seu peso, nos fluxos de trabalho, uma vez que no mundo real estes raramente seguem um trajecto linear, sendo frequentemente possuidores de certa complexidade e rapidamente mutáveis. Neste sentido, torna-se pertinente a clarificação das razões dos problemas encontrados no fluxo de informação e a sua relação com os fluxos de trabalho em uso na organização.

Sugere-se ainda que futuros trabalhos na área dos SIE e da partilha de informação, se centrem na relação entre o fluxo de informação e os resultados em saúde obtidos, na relação entre a documentação das situações que requerem acompanhamento no momento da alta hospitalar e a taxa de reinternamentos e os seus motivos. Para a “desconstrução” do sentido habitual do fluxo de informação, torna-se útil a realização de uma análise semelhante, mas agora centrada no momento da admissão hospitalar, procurando verificar a continuidade do fluxo informacional em relação a focos de atenção documentados no contexto dos cuidados de saúde primários.

As relações entre as intervenções de enfermagem e os resultados em saúde obtidos, é também uma área essencial de investigação e que pode ter um

contributo importante para a evolução da disciplina. A necessidade de informações sobre os resultados dos clientes influenciados pelas intervenções de enfermagem, vai aumentando à medida que as organizações e os sistemas se vão reestruturando e reorganizando na procura da melhoria da sua eficiência. A capacidade de poder estabelecer uma relação entre os resultados dos clientes e as intervenções de enfermagem, para além de permitir a avaliação da efectividade das intervenções implementadas face a determinados diagnósticos de enfermagem, é também essencial para que possam ser perspectivados resultados realistas e expectáveis ao nível individual e populacional. Por outro lado, o estudo da informação relativa aos clientes, agregada em função de determinadas características (ex: diagnóstico de enfermagem, unidade / serviço, gravidade da condição de saúde, etc.), permitirá esclarecer qual o “timing” para se poder avaliar o resultado das intervenções, em função das modificações produzidas nos diagnósticos, fornecendo assim evidências da sua efectividade nas condições de saúde das pessoas, comunidade e população.

As ligações entre os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em linguagem classificada, oferecem elementos definidores de quais as condições de saúde sobre as quais recai a atenção da enfermagem, na envolvência multidisciplinar da prestação de cuidados de saúde. Segundo Johnson, Maas & Moorhead (2004), esses elementos, podem ter um contributo importante para a construção de teorias de médio alcance, baseadas em elementos peculiares da disciplina. As teorias de médio alcance, devido à sua maior facilidade de teste e aplicação na prática, vêm adquirindo interesse crescente na disciplina de enfermagem (Walker & Avant, 2005), constituindo-se um importante recurso para a evolução da teoria e da prática, no sentido em que podem fornecer elementos substantivos para direccionar a evolução da disciplina, de forma congruente com o seu contexto histórico. A recolha de informação útil à produção de conhecimento a partir dos SIE electrónicos, torna portanto necessária a estruturação dos sistemas e da informação, de forma a permitir esses objectivos a partir da documentação da prática clínica.

O estudo da relação entre o acesso aos cuidados de enfermagem e o envolvimento dos cidadãos no processo de cuidados, é também essencial no sentido em que permite uma melhor compreensão do processo e contribui para uma visão mais global da continuidade de cuidados, através da comparação entre as percepções dos profissionais e as dos clientes.

Em relação ao foco de atenção alvo deste estudo, sugere-se a pesquisa de quais as modificações nos status dos diagnósticos, que melhor espelham uma transição de cuidados saudável, na medida em que o exercício do Papel de Prestador de Cuidados é uma das áreas de investigação que constitui um desafio para o desenvolvimento da enfermagem.

O período de transição organizacional, onde ocorre a mudança dos cuidados hospitalares para os cuidados domiciliários, apresenta-se como potenciador de dificuldades, especialmente quando quem vai exercer o papel de prestador de cuidados, ainda não detém as competências cognitivas e instrumentais necessárias para o exercício desse papel. Assim, a inexistência de uma visão mais integradora das vivências dos prestadores de cuidados durante este período, assente mais numa perspectiva de rentabilização dos recursos imediatos apenas ao nível hospitalar e muito menos numa perspectiva de rentabilização dos recursos comunitários e familiares, acaba por contribuir para a fragmentação dos cuidados e a não facilitação deste período de transição, acabando por acarretar um aumento global dos custos em saúde.

Para o combate a este problema, a existência de informações de saúde que facilitem a obtenção de respostas adequadas ao desenvolvimento de acções específicas e a identificação de áreas que carecem de investigação, visando encontrar respostas ainda não disponíveis, surge como um aspecto incontornável e decisivo, pelo que a melhoria da qualidade da informação disponível se assume como um aspecto de particular importância numa óptica de gestão da informação de saúde favorecedora da prestação de cuidados em tempo útil e de qualidade. A boa gestão da informação, implica que ao nível organizacional, todos os intervenientes, estejam ao corrente do que significa “boa informação”, da sua importância para a qualidade dos processos e do valor e qualidade que confere aos serviços prestados.

Os SIE deverão portanto possibilitar uma descrição das situações do processo de cuidados, que permitam a compreensão e o conhecimento de como os seres humanos vivenciam os desafios colocados nas situações de saúde / doença, dos processos de vida e de transição, ao longo do seu ciclo de vida, podendo-se alargar essa visão a partir de uma perspectiva de continuidade e de transição de cuidados, através diferentes episódios e entre diversas organizações.

## Referências Bibliográficas

- Aarts, J., Peel, V. (1999). Using a descriptive model of change when implementing large scale clinical information systems to identify priorities for further research. *International Journal of Medical Informatics*, 56, 43-50.
- Adamsen, L., & Tewes, M. (2000). Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 120-129.
- Adamsen, L., Tewes, M. (2000). Discrepancy between patients' perspectives, staff's documentation and reflections on basic nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 120-129.
- Alligood, M., Tomey, M. (2004). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In Tomey, A., & Alligood, M. (Org.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp.3-14). (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Amendola, F., Oliveira, M., Alvarenga, M. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 266-272.
- American Geriatrics Society Position Statement. (2007). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Assisted Living Consult*, March/April, 30-32.
- American Geriatrics Society Position Statement. (2007). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Assisted Living Consult*, March/April, 30-32.
- American Geriatrics Society Position Statement. (2007). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Assisted Living Consult*, March/April, 30-32.
- American Health Information Management Association. (2006). *Quality healthcare data and information*. Acedido em 9 de Novembro de 2007: <http://www.ahimia.org/dc/positions/documents/MicrosoftWordAHIMAonQualityLogo.pdf>
- Ammenwerth, E., Eichstädter, R., Haux, R., Pohl, U., Rebel, S., Ziegler, S. (2001). A randomized evaluation of a computer-based nursing documentation system. *Methods of Informatics in Medicine*, 40, 61-68.
- Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C., Eichstädter, R. (2003). Factors affected by user acceptance of computer-based nursing documentation: Results of a two-year study. *Journal of American Medical Informatics Association*, 10 (1), 69-84.
- Anderson, M., Helms, L. (2000). Talking about patients: communication and continuity of care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 15-28.
- Anderson, M., Helms, L. (2000). Talking about patients: communication and continuity of care. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 15-28.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 61-71.
- Andrén, S., Elmståhl, S. (2007). Relationships between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: a cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 435-446.
- Angeloni, M. (2003). Elementos intervenientes na tomada de decisão. *Ciência da Informação*, 32 (1), 17-22.

- Araújo, I., Paúl, C., Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – um desafio. *Referência*, 7, 43-53.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros (2002). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*, versão beta2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Atkinson, P. (2005). Qualitative research – unity and diversity. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6 (3), Art. 26, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503261>.
- Ballard, E. (2006). Exploration of nurses' information environment. *Nurse Researcher*, 13 (4), 50-65.
- Banning, M. (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: concepts and research studies. *Nurse education in Practice*, 8, 177-183.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: edições 70, Lda.
- Barnard, A. (2000). Alteration to will as an experience of technology and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1136-1144.
- Barnard, A., Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing: (ir)reconcilable or invented difference?. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 367-375.
- Barton, A. (2005). Cultivating informatics competencies in a community of practice. *Nursing Administration Quarterly*, 29 (4), 323-328.
- Basto, M (1998). *Da intenção de mudar à mudança Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Benjumea, C. (2005). La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index De Enfermería*, 50, 47-52.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics*, 15, 87-101.
- Berg, M. (2002). Patients and professionals in the information society: what might keep us awake in 2013. *International Journal of Medical Informatics*, 66, 31-37.
- Billings, D., Kowalski, K. (2008). Transition from hospital to home care: what gets lost between the discharge plan and the real world?. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (5), 198-199.
- Bowles, K. (2000). Patient problems and nurse interventions during acute care and discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 29-41.
- Brereton, L., & Nolan, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family care-giving – the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 498-506.
- Brereton, L., Nolan, M. (2000). 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family care-giving – the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 498-506.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, M. – *A representação do juízo diagnóstico em enfermagem – dos dados – “matéria prima” – aos juízos dos enfermeiros sobre os seus focos da prática*, Porto. [s.n.], 2004. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências da enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Brown, C., Roth, D., Allman, R., Sawyer, P., Ritchie, C., Roseman, J. (2009). Trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Annals of Internal Medicine*, 150 (6), 372-378.
- Bull, M., Hansen, H., & Gross, C. (2000). Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 76-87.
- Butler, M., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Pádraig, M., Irving K. et al. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: making Irish nursing visible. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 364-375.
- Cameron, J., Gignac, M. (2007). "Timing it right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, doi:10.1016/j.pec.2007.10.020, 1-10.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Consultado a 2 de Novembro de 2009: [http://www.chrf.ca/final\\_research/commissioned\\_research/programs/pdf/cr\\_contcare\\_e.pdf](http://www.chrf.ca/final_research/commissioned_research/programs/pdf/cr_contcare_e.pdf).
- Carnevali, D. (1983). *Nursing care planning: diagnoses and management*, (3ª ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Castle, B., Kim, J., Pedreira, L., Paiva, A., Goossen, w., Bates, D. Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 607-614.
- Chapman, Y., Francis, K., Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 366-374.
- Coleman, E. (2003). Falling the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 549-555.
- Coleman, E. (2004 a). One patient, many places: managing health care transitions, part I: introduction, accountability, information for patients in transitions. *Annals of Long-Term Care*, 12 (9), 25-32.
- Coleman, E. (2004 b). One patient, many places: managing health care transitions, part II: practitioner skills and patient and caregiver preparation. *Annals of Long-Term Care*, 12 (10), 34-39.
- Coleman, E., Smith, J., Frank, J., Min, S., Parry, C., Kramer, A. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: the care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1817-1825.
- Collière, M F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, (4ª ed). Lisboa: Lidel.
- Comissão Nacional de Protecção de Dados. (2004). *Relatório de auditoria ao tratamento de informação de saúde nos hospitais*. Consultado a 25 de Agosto de 2007: [http://www.cnpd.pt/bin/relatórios/outros/Relatorio\\_final.pdf](http://www.cnpd.pt/bin/relatórios/outros/Relatorio_final.pdf).
- Creason, N. (2004). Clinical validation of nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15 (4), 123-132.
- Currell, R., Urquhart, C,. (2003). Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic reviews* 2003, 3, Artigo CD002099. DOI: 10.1002/14651858.CD002099.

- Darbyshire, P. (2004). 'Rage against the machine?': nurses and midwives' experiences of nursing computerized patient information systems for clinical information. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 17-25.
- Davenport, T. (1994). Saving IT's soul: human-centered information management. *Harvard Business Review*, March-April, 119-131.
- Davies, N. (2000). Carers' opinions and emotional responses following cardiac surgery: cardiac rehabilitation implications for critical care nurses. *Intensive and Critical care Nursing*, 16, 66-75.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 658-671.
- De La Cuesta, C. (2005). La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar com demência avanzada. *Enfermeria Clínica*, 15 (6), 335-342.
- De La Cuesta, C. (2006). "Aqui cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividade en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes com demência avanzada, Fórum Qualitative Social Research, 7 (4). Consultado em 27/08/2008: <http://www.qualitative-research.net/fqs/>.
- De Wit, R., Van Dam, F. (2001). From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Programme for cancer patients with chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 742-754.
- DeLone, W., McLean, E. (2002). Information Systems Success Revisited. Proceedings of the 35<sup>th</sup> Hawaii International Conference on Systems Sciences. Consultado em 16 de Setembro de 2006: <http://csdl.computer.org/comp/proceedings/hicss/2002/1435/08/1435.toc.htm>.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (2006 b). A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In Denzin, N., & Lincoln, Y. (Org.), *O planejamento da pesquisa qualitativa teorias e abordagens* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.
- Devlin, K. (2000). *Info-senso Como transformar a informação em conhecimento*. Lisboa: Livros Do Brasil, S.A.
- Dootson, S. (1995). An in-depth study of triangulation. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 183-187.
- Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the chance of shift report has on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (6), 836-846.
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1165-1173.
- Effken, J. (2002). Different lenses, improved outcomes: a new approach to the analysis and design of healthcare information systems. *International Journal of Medical Informatics*, 65, 59-74.
- Ehnfors, M., Grobe, S. (2004). Nursing curriculum and continuing education: future directions. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 591-598.
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 303-310.

- Ekwall, A., & Hallberg, I. (2007). The association between caregiving satisfaction, difficulties and coping among older family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 832-844.
- Erdley, W. (2005). Concept development of nursing information a study of nurses working in critical care. *Computers, Informatics, Nursing*, March/April, 93-99.
- Evers, G. (2001). Naming nursing: evidence based nursing. *Nursing Diagnosis*, 12 (4), 137-142.
- Evers, G. (2003). Developing nursing science in Europe. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1), 9-13.
- Finfeld-Connet, D. (2006). Qualitative concept development: implications for nursing research and knowledge. *Nursing Forum*, 41 (3), 103-111.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*, (1ª ed.). Lisboa: Monitor – Projectos e Edições, Lda.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência
- Garcia, C. (2009). Tradução e validação do consequences of care index um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga de familiar cuidador. *Pensar Enfermagem*, 1, 39-47.
- Garde, S., Harrison, D., Hovenga, E. (2005). Skill needs for nurses in their role as health informatics professionals: A survey in the context of global health informatics education. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 899-907.
- Chiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O inquérito*. Oeiras: celta Editora.
- Giuliano, K., Tyer-Viola, L., Lopez, R. (2005). Unity of knowledge in the advancement of nursing knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 18 (3), 243-248.
- Goorman, E., Berg, M. (2000). Modelling nursing activities: electronic patient records and their discontents. *Nursing Inquiry*, 7, 3-9.
- Goossen, W. (1996). Nursing information management and processing: a framework and definition for systems analysis, design and evaluation. *International Journal of Bio-Medical Computing*, 40, 187-195.
- Goossen, W. (2000 a). Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*, 18 (2ª série), (Abr./Jun.), 5-22.
- Goossen, W. (2000 b). Towards strategic use of nursing information in the Netherlands. *Amsterdam, Netherlands: Gegevens Koninklijke Bibliltheek Den Haag*.
- Graves, J., Corcoran, S. (1989). The study of nursing informatics. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 21, 227-231. Consultado em 12 de Julho de 2006: <http://ninr.nih.gov/ninr/research/vol4/Overview.html>.
- Green, T., King, K. (2007). The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregivers: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (6), 517-531.
- Greenwood, J. (2000). Critical thinking and nursing scripts: the case for the development of both. *Journal of advanced Nursing*, 31 (2), 428-436.
- Greenwood, J., King, M. (1995). Some surprising similarities in the clinical reasoning of expert and novice orthopaedic nurses: report of a study using verbal protocols and protocol analyses. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (5), 907-913.

- Greenwood, J., Sullivan, J., Spence, K., McDonald, M. (2000). Nursing scripts and the organizational influences on critical thinking: report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1106-1114.
- Guba, E., Lincoln, S. (2000). Paradigmas en competência en la investigación cualitativa. In Denmam, C., & Haro, J. (Org.), *Por los rincones: antologia de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-143). México: El Colegio de Sonora.
- Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E., Ruud, T. (2002). Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs: a quantitative study of Norwegian mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 554-562.
- Hardey, M., Payne, S., Coleman, P. (2000). 'Scraps': hidden nursing information and its influence on the delivery of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (1), 208-214.
- Harris, M., Graves, J., Solbric, H., Elkin, P., Chute, C. (2000). Embedded structures and representation of nursing knowledge. *Journal of the Medical Informatics Association*, 7 (6), 539-549.
- Harrison, M., Koppel, R., Bar-Lev, S. (2007). Unintended consequences of information technologies in health care – an interactive sociotechnical analysis. *Journal of American Medical Informatics association*, 14, 542-549.
- Haux, R. (2006). Health information systems – past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 268-281.
- Hellesø, R., Lorensen, M. (2005). Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 807-822.
- Hellesø, R., Sorensen, L., Lorensen, M. (2005 b). Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care*, 5, (8), 1-14.
- Hellesø, R., Sorensen, L., Lorensen, M. (2005 a). Nurse's information management across complex care organizations. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 960-972.
- Hertzum, M., Simonsen, J. (2008). Positive effects of electronic patient records on three clinical activities. *International Journal of Medical Informatics*. Doi:10.1016/j.ijmedinf.2008.03.006.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- HMO Workgroup on Care Management (2004). One patient, many places: Managing health care transitions. Consultado em 21 de Julho de 2008: <http://www.ahip.org/content/default.aspx?bc=38|72|69|5743>.
- Holland, D., Harris, M. (2007). Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Services Quarterly*, 4, 3-19.
- Hovenga, E. (2001). Nursing information and the use of electronic health records. *Australian Nursing Journal*, 8 (11), 39-40.
- IGIF Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. (2007). *Projecto: definição do programa de transformação dos sistemas de informação da saúde: Memorando de análise e diagnóstico da situação actual*. Consultado em 31 de Agosto de 2008: [http://www.acss.minsaude.pt/Portals/O/DownloadsPublicações/Sist\\_Inform/PwC\\_DiagnósticosituacaoactualSTI\\_versãopública.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/O/DownloadsPublicações/Sist_Inform/PwC_DiagnósticosituacaoactualSTI_versãopública.pdf).

- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística. (2007). *Dia internacional do idoso*. Acedido em 30 de Dezembro de 2008: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=5546132&DESTAQUESmodo=2).
- International Council of Nurses. (2007). Fact sheet Nursing matters. Consultado a 9 de Novembro de 2007: [http://www.icn.ch/matters\\_informatic.pdf](http://www.icn.ch/matters_informatic.pdf).
- Irving, K., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., Butler, M., MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (2), 151-159.
- Jesus, E. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Johnson, M., Long, T., White, A. (2001). Arguments for ‘British Pluralism’ in qualitative health research. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 243-249.
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Junnola, T., Eriksson, E., Salanterä, S., Lauri, S. (2002). Nurses’ decision-making in collecting information for the assessment of patients’ nursing problems. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 186-196.
- Kaelber, D., Bates, D. (2007). Health information exchange and patient safety. *Journal of Biomedical Informatics*, 40, S40-S45.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., Donaldson, N. (2004). Training care givers of stroke patients: randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 8, 1099-1101.
- Kaplan, B. (2001). Evaluating informatics applications – some alternative approaches: theory, social interactionism, and call for methodological pluralism. *International Journal of Medical Informatics*, 64, 39-56.
- Karkkainen, O., Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 198-205.
- Kerr, S., Smith, L. (2001). Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving. *Clinical Rehabilitation*, 15, 428-436.
- Kim, Y., Park, H. (2005). Analysis of nursing records of cardiac – surgery patients based on the nursing process and focusing on nursing outcomes. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 952-959.
- Klein, H., & Myers, M. (1999). A set of principles for conducting and evaluating interpretative field studies in information systems. *Management Information Systems*, 23 (1), 67-93.
- Knafl, K., Gilliss, C. (2002). Families and chronic illness: a synthesis of current research. *Journal of Family Nursing*, 8, 178-198.
- Korst, L., Eusebio-Angeja, A., Chamorro, T., Gregory, K. (2003). Nursing documentation time during implementation of na electronic medical record. *Journal of Nursing Administration*, 33 (1), 24-30.
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2), 146-154.

- Kralik, D., Visentin, K., van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-329.
- Kripalini, S., Jackson, A., Schnipper, J., Coleman, E. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2, 314-323.
- Lafontaine, C. (2004). *O império cibernético: Das máquinas de pensar ao pensamento máquina*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Landry, R. (2003). A análise de conteúdo. In Gauthier, B (Org.), *Investigação social da problemática à colheita de dados* (pp. 345-372). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Leal, M. (2006). *A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Lee, J., Dean, H. (1995). Practice-education synergy: A research focus on continuity of care. *Nursing Outlook*, 43, 124-128.
- Lee, T. (2005). Nurses' concerns about using information systems: analysis of comments on a computerized nursing care plan system in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 344- 353.
- Lee, T. (2007). Nurses' experiences using a nursing information system. *Computers, Informatics, Nursing*, 25 (5), 294-300.
- Lee, T., Lee, T., Lin, K., Chang, P. (2005). Factors affecting the use of nursing information systems in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (2), 170-178.
- Lévy, P. (1994). *As tecnologias da inteligência: O futuro do pensamento na era da informática*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lim, J., Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (50). Acedido em 3 de fevereiro de 2009: <http://www.hqlo.com/content/2/1/50>.
- Lin, P., Lu, C. (2005). Hip fracture: family caregivers' burden and related factors for older people in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 719-726.
- Lincoln, Y., Guba, E. (2006). Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In Denzin, N., & Lincoln, Y. (Org.), *O planejamento da pesquisa qualitativa teorias e abordagens* (pp. 169-192). Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau – Formação E Saúde, Lda.
- López, J., López-Arrieta, Crespo, M. (2005). Factors associated with positive impact f caring for elderly and dependent relatives. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 81-94.
- Losse, R. (1997). A discipline independent definition of information. *Journal of the American Society for Information Science*, 48 (3), 254-269.
- Lunney, M. (2008 a). The need for international diagnosis research and a theoretical framework. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19 (1), 28-34.
- Marin, H. (2004). Improving patient safety with technology. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 543-546.
- Marin, H. (2005 a). New frontiers for nursing and health care informatics. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 695-704.

- Marin, H. (2005 b). Nursing informatics: Current issues around the world. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 857-860.
- Marineau, M. (2005). Health / Illnes transition and telehealth: a concept analysis using the evolutionary method. *Nursing Forum*, 40 (3), 96-106.
- Martins, L., Albuquerque, G., Nascimento, E., Barra, D., Souza, W., Pacheco, W. (2007). *Texto & Contexto – Enfermagem*, 16 (2), 254-262.
- Martins, T., Ribeiro, J., Garrett, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informar (QASCI) – reavaliação das propriedades psicométricas. *Referência*, 11, 17-31.
- May, C., Fleming, C. (1997). The professional imagination: narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (5), 1094-1100.
- McBride, A. (2005). Nursing and the informatics revolution. *Nursing Outlook*, 53 (4), 183-191.
- McEwen, M., Baird, M., Pasvogel, A., Gallegos, G. (2007). Health-Illness transition experiences among Mexican immigrant women with diabetes. *Family & Community Health*, 30 (3), 201-212.
- McKenna H., Keeney S., Glenn, A., Gordon P. (2000). Discharge planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 594-601.
- McNeil, B., Elfrink, V., Pierce, S., Beyea, S., Bickford, C., Averill, C. (2005). Nursing informatics knowledge and competencies: a national survey of nursing education programs in the United States. *International Journal of Medical Informatics*, 74, 1021-1030.
- Meleis, A. (2005 a). *Theoretical nursing: development and progress*, (3.<sup>a</sup>ed). Philadelphia: JB Lippincott Co.
- Meleis, A. (2005 b). Health Systems: putting pieces together (conference speech). Washington, D. C. : Global Health Council. Consultado a 19 de Agosto de 2009: <http://www.globalhealth.org/conference/onsite/spe>.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & progress*. (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: JB Lippincott Co.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010 Volume I prioridades*. Consultado em 31 de Agosto de 2008: [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf).
- Ministério da Saúde. (2009). *RSE – Registo de saúde electrónico: R1: Documento do estado da arte (documento de discussão pública)*. Consultado em 29 Junho de 2009: [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MSRSE\\_R1\\_Estado\\_da\\_Arte.V2.0.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MSRSE_R1_Estado_da_Arte.V2.0.pdf)
- Miranda, R. (1999). O uso da informação na formulação de acções estratégicas pelas empresas. *Ciência da Informação*, 28 (3), 286-292.
- Miranda, S. (2006). Como as necessidades de informação podem se relacionar com as competências informacionais. *Ciência da Informação*, 35 (3), 99-114.

- Moen, A. (2003). A nursing perspective to design and implementation of electronic patient record systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 36, 375-378.
- Monti, E., Tingen, M. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21 (4), 64-80.
- Morin, E. (2003). *Introdução ao pensamento complexo*, (4ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Müller-Staub, M., Lavin, M., Needham, I., Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 514-521.
- Nahm, E., Vaydia, V., Ho, D., Scharf, B., Seagull, J. (2007). Outcomes assessment of clinical information system implementation: a practical guide. *Nursing Outlook*, 55, 282-288.
- Naylor, M. (2000). A decade of transitional care research with vulnerable elders. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (3), 1-14.
- Naylor, M., Bowles, K., & Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17 (2), 94-102.
- Naylor, M., Bowles, K., Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nursing*, 17 (2), 94-102.
- Neves, R. (2001). *Informatização de unidades de saúde Dos conceitos à prática* (1ª ed.), Cascais: Principia.
- Newbold, S.; Kuperman, G., Bakken, S., Brennan, P., Mendonca, E., Park, H. et al. (2004). Information technology as an infrastructure for patient safety: nursing research needs. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 657-662.
- Nóbrega, M., Garcia, T., Araruna, J., Nunes, W., Dias, G., Beserra, P. (2003). Mapeamento de termos atribuídos aos fenómenos de enfermagem nos registos dos componentes da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (2). Consultado a 19 de Abril de 2009: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista5\\_2/pdf/mapa.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_2/pdf/mapa.pdf).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2006). *Relatório de Primavera 2006*. Consultado em 17 de Agosto de 2007: [http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/ebkvphcy4nxyspcp3whgfag73gynjmrmg7d9ps\\_hwvh22y4plc2hwy7yrx7dw6axt2ssimbhwgxxczp/RP\\_2006.pdf](http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/ebkvphcy4nxyspcp3whgfag73gynjmrmg7d9ps_hwvh22y4plc2hwy7yrx7dw6axt2ssimbhwgxxczp/RP_2006.pdf).
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2007). *Relatório de Primavera 2007*. Consultado em 16 de Agosto de 2007: [http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/ee35mxn5y7ml6bm5uwkgzomysph6ijs6qhihqesm3a3hzyyfvrgmca2n5wpw5apyrm4qw7b7jwyje5rr5rhriqkmg/RP\\_2007.pdf](http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/ee35mxn5y7ml6bm5uwkgzomysph6ijs6qhihqesm3a3hzyyfvrgmca2n5wpw5apyrm4qw7b7jwyje5rr5rhriqkmg/RP_2007.pdf).
- Offredy, M. (1998). The application of decision making concepts by nurse practitioners in general practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 988-1000.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: enunciados descritivos. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP*, versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. Consultado em 24 de Novembro de 2007: [http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/97\\_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/97_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf).

- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Divulgar Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Grafinter.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Sistema de informação e documentação de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 17, 9-10.
- Oroviogioicochea, C., Elliot, B., Watson, R. (2008). Review: evaluating information systems in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (5), 567-575.
- Padilha, J. – *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa*, Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde, Porto. [s.n.], 2006. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Parry, C., Coleman, E., Smith, J., Frank, J., Kramer, A. (2003). The care transitions intervention: a patient-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Care Services Quarterly*, 22 (3), 1-17.
- Pereira, F. – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*, Porto. [s.n.], 2007. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pereira, F. – *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados de enfermagem*, Porto. [s.n.], 2001. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Petronilho, F. – *Preparação do regresso a casa – evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*, Porto. [s.n.], 2006. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pinho, L., Kantorski, L., & Hernandez, A. (2009). Análise crítica do discurso: novas possibilidades para a investigação científica no campo da saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (1), 126-132.
- Poissant, L., Pereira, J., Tamblyn, R., Kawasumi, Y. (2005). The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12 (5), 505-515.
- Ponte, A., Pais-Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do mos social suport survey. In: Leal, J., Pais-Ribeiro, J., Marques, S. (Eds.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.53-56). Lisboa: ISPA.
- Raposo, V. (2003). Sociedade de informação e do conhecimento, in: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Consultado em 8 de Maio de 2008: <http://www.observport.org/NR/rdonlyres/eaknw5pquvecfgknii73dmih2mz5p4qifea7577q2cyegjxbiho3hp3ms2rv2j7bwd24uu6n76j3dqix6u266rxvise/sociedade+de+informação+e+do+conhecimento.pdf>.
- Rittman, M., Faircloth, C., Boylstein, C., Gubrium, J., Williams, C., Puymbroeck, M., Ellis, C. (2004). The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 41 (3A), 259-268.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (3), 304-310.
- Sandelowski, M. (1995). Qualitative analysis: what it is and how to begin. *Research in Nursing*, 18, 371-375.

- Saranto, K., Hovenga, E. (2004). Information literacy-what it is about? Literature review of the concept and the context. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 503-513.
- Saunders, M. (2008). Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 30 (8), 943-959.
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Schossler, T., Grossetti, M. (2008). Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 280-287.
- Schrag, A., Hovis, A., Morley, D., Quinn, N., Jahanshahi. (2006). Caregiver-burden in parkinson's disease is closely associated with psychiatric symptoms, falls, and disability. *Parkinsonism and Related Disorders*, 12, 35-41.
- Schumacher, K., Jones, P., Meleis, A. (1999). Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. In Swanson, E., & Tripp-Reimer, T. (Ed.), *Life transitions in the older adult issues for nurses and other health professionals* (pp. 1-26). New York: Springer Publishing Company.
- Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Caparro, M., Mutale, F., Agrawal, S. (2008). Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. *Oncology Nursing Forum*, 35 (1), 49-56.
- Schumaker, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Servellen, G., Fongwa, M., D'Errico, E. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review. *Nursing and Health Sciences*, 18, 185-195.
- Shim, E., Silfen, E., Patel, C., Chiu, J., Zhu, X., Kelly, S., et al. (2006). Towards a reference model for representing nursing information needs. *Studies in Health Technology and Informatics*, 122, 490-495.
- Shyu, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (3), 619-625.
- Silva, A. – *Registos de enfermagem: da tradição escrito ao discurso informo*, Porto. [s.n.], 1995. Dissertação de candidatura ao grau de mestre em ciências da enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, A. – *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*, Porto. [s.n.], 2001. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva-Smith, A. (2007). Restructuring life: preparing for and beginning a new caregiving role. *Journal of Family Nursing*, 13 (1), 99-116.
- Skärsäter, I., Wiliam, A. (2006). The recovery process in major depression: an analysis employing Meleis' transitions Framework for deeper understanding as a foundation for nursing interventions. *Advances in Nursing Science*, 29 (3), 245-259.
- Smith, C., Pace, K., Kochinda, C., Kleibek, S., Koehler, J., & Popkess-Vawter, S. (2002). Caregiving effectiveness model evolution to a midrange theory of home care: a process for critique and replication. *Advances in Nursing Science*, 25 (1), 50-64.

- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*, (1ª ed.). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Takemura, Y, Kanda, K. (2003). How Japanese nurses provide care: a practice based on continuously knowing the patient. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 252-259.
- Tappen, R., Hall, R., Folden, S. (2001). Impact of comprehensive nurse-managed transitional care. *Clinical Nursing Research*, 10, 295-313.
- Taylor, C. (2000). Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (4), 842-849.
- Teekman, B. (2000). Exploring reflective thinking in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (5), 1125-1135.
- The National Academy of Sciences. (2003). *Priority areas for national action Transforming health care quality*. Acedido em 17 de Setembro de 2008: <http://www-nap.edu/openbook/0309085438/html/R1.html>
- The National Institute of Nursing Research. (2001). *Family Caregiving*. Consultado a 28 de Agosto de 2006: <http://ninr.nih.gov/ninr/research/vol13/FamCare.html>.
- Thompson, C. (2003). Clinical experience as evidence-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 230-237.
- Thompson, C., Foster, A., Dowding, D. (2005). Using social judgement theory to model nurses' use of clinical information in critical care education. *Nurse Education Today*, 25, 68-77.
- Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T., Mulhal, A., Thompson, D. (2001). Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful?. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 376-388.
- Tierney, W. (2001). Improving clinical decisions and outcomes with information: a review. *International Journal of Medical Informatics*, 62, 1-9.
- Tomaél, M., Alcará, A., Di Chiara, I. (2005). Das redes sociais à inovação. *Ciência da Informação*, 34 (2), 93-104.
- Törnvall, E., Wilhelmsson, S., & Wahren, L. (2004). Electronic nursing documentation in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 310-317.
- Tsai, P. (2003). A middle-range theory of caregiver stress. *Nursing Science Quarterly*, 16 (2), 137-145.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2003). Family caregivers: our heroes on the frontlines of long-term care. Acedido a 26 de Janeiro de 2009: <http://asp.hhs.gov/daltcp/caregiverevent/factsheet.pdf>.
- Valentim. (2002). Inteligência Competitiva em Organizações: dado, informação e conhecimento. *DataGramaZero - Revista de Ciência da Informação*, 3 (4). Consultado em 1 de Agosto de 2006: [http://www.dgz.org.br/ago02/F\\_I\\_art.htm](http://www.dgz.org.br/ago02/F_I_art.htm).
- Van Der Meijden, M, Tange, H., Hasman, J. (2003). Determinants of success of inpatient clinical information systems: a literature review. *Journal of the Medical Informatics association*, 10 (3), 235-243.
- Varajão, J. (2005). *Arquitetura da gestão de sistemas de informação*. (3.ª ed.). Lisboa: FCA – Editora de Informática.
- Walker, L., Avant, K. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*, (4ª ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Watson, J., Smith, M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 452-461.
- Weaver, K., Olson, J. (2006). Understanding paradigms used for nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53 (4), 459-469.
- Werret J. A., Helm R. H., Carnwell R. (2001). The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), 629-638.
- Wiles, J. (2003). Informal caregivers' experiences of formal support in a changing context. *Health and Social Care in the Community*, 11 (3), 189-207.
- Winters, J., Ballou, K. (2004). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (5), 533-535.
- Yusof, M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A., Stergioulas, L. (2008). An evaluation framework for health information systems: human, organization and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Informatics*, 77 (6), 386-398.
- Zabalegui, A., Bover, A., Rodriguez, E., Cabrera, E., Diaz, M., Gallart., A, et al. (2008). Informal caregiving: perceived needs. *Nursing Science Quarterly*, 21 (2), 166-172.
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 7 (3), 25-32.

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

Autorização para a realização do estudo



ULSM 17/07/07 3780 SAIDA

Ao  
Hospital Geral de Santo António, E.P.E  
A/c Exmo. Sr. Enfº Paulo Manuel Dias da  
Silva Azevedo  
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente  
Largo Prof. Abel Salazar – Edifício Neoclássio  
4099 – 001 PORTO

Sua Referência

Sua Comunicação  
23-04-2007

Nossa Referência  
DGRH/AA

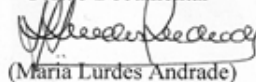
**ASSUNTO:** "Partilha de Informação de Enfermagem sobre o prestador de cuidados: Dimensão relevante para a transição de Cuidados"

Na sequência da carta V. Exa., referente ao assunto mencionado em epígrafe, e na sequência do despacho da Sra. Vogal Executiva do Conselho de Administração, de 12 de Julho de 2007, informa-se que o estudo está autorizado nos termos definidos pela Comissão de Ética a qual passo a transcrever:

"Reavaliado o processo, decidiu-se nada opor à sua realização."

Com os melhores cumprimentos,

A Directora do Departamento de Gestão Recursos Humanos e  
Gestão Documental



(Maria Lurdes Andrade)



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, epe  
Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-503 Senhora da Hora  
Geral :: 22 999 10 00 | Administração :: 22 999 15 50 | Fax Admin. :: 22 999 15 54  
Email :: [ca@hpl.mn-saude.pt](mailto:ca@hpl.mn-saude.pt)

Unidade Local de Saúde de Matosinhos epe | Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-503 Senhora da Hora | Contribuinte n.º 506 561 780 | Capital Social 29 990 000 €



## **ANEXO 2**

Questionário



**QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A INFORMAÇÃO  
PARTILHADA RELATIVA AO PAPEL PRESTADOR DE CUIDADOS, COMO FOCO DE  
ATENÇÃO DE ENFERMAGEM RELEVANTE PARA A CONTINUIDADE DE CUIDADOS**

SETEMBRO/2008

---

**Contacto:**

Paulo Azevedo

Telf: 256 360 189

Telemóvel: 939 311 161

Email: paulo.m.azevedo@gmail.com

---

**Breve introdução e instruções para o preenchimento**

Este questionário insere-se no âmbito do estudo de investigação **“Partilha de Informação de Enfermagem sobre o prestador de cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados”**, que se encontra em desenvolvimento no contexto da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, e que se enquadra no Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem do ICBAS – Universidade do Porto. Uma das suas áreas do estudo centra-se na análise da opinião dos Enfermeiros utilizadores do Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem (SPIE), sobre a informação partilhada relativa ao **Papel de Prestador de Cuidados**, como foco de atenção de enfermagem relevante para a continuidade de cuidados.

Para esse efeito, solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste questionário. As suas respostas deverão centrar-se na sua opinião sobre a informação documentada e partilhada sobre a área de atenção de enfermagem em estudo.

No impresso não deve inscrever nada que o possa identificar, uma vez que se pretende garantir o carácter anónimo dos dados.

O questionário é composto por uma primeira parte onde se pretende uma breve caracterização dos participantes. A segunda parte corresponde à sua opinião face às questões apresentadas, que se poderão rever em escalas ou em respostas breves, em algumas situações com espaço para que possa clarificar a sua opinião.

No final, encontrará um espaço destinado a expressar comentários e/ou sugestões relativas ao Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem.

Desde já o nosso agradecimento pela sua colaboração.

## Parte I

Esta parte do questionário destina-se à recolha de dados sobre as características dos participantes.

---

A. **Idade** \_\_\_\_\_ (anos)

B. **Sexo:**              Feminino [ ☐ ]   Masculino [ ☐ ]

C. **Tempo de exercício profissional:**

0 – 2 anos        [ ☐ ]

3 – 5 anos        [ ☐ ]

6 – 10 anos      [ ☐ ]

>10 anos         [ ☐ ]

D. **Tempo de exercício profissional no serviço actual:**

0 – 2 anos        [ ☐ ]

3 – 5 anos        [ ☐ ]

6 – 10 anos      [ ☐ ]

>10 anos         [ ☐ ]

## Parte II

Esta parte do questionário destina-se à recolha de dados de opinião sobre a utilização do Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem.

---

E. **UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE PARTILHA DE INFORMAÇÃO DE ENFERMAGEM (SPIE)**

- a. Para o planeamento dos cuidados de enfermagem consulta a estrutura de partilha de informação entre o hospital e o centro de saúde?

SIM    [ ☐ ]    NÃO    [ ☐ ]

- ï. Se respondeu não, porque não utiliza o Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem?

---

---

---

---

Se **NUNCA** utilizou o SPIE a sua participação termina neste momento

- ii. Se utiliza o Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem, com que frequência o faz?

Diariamente [ ] De 2 - 2 dias [ ]

Semanalmente [ ] Ocasionalmente [ ]

- iii. Quando utiliza o Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem, acede à informação:

Dos seus utentes que se encontram internados [ ]

Dos seus utentes que tiveram alta clínica [ ]

Em ambas as situações [ ]

- b. A articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários através do Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem fica:

|                         |                   |                         |                        |
|-------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|
| Muito facilitada<br>[ ] | Facilitada<br>[ ] | Pouco facilitada<br>[ ] | Nada facilitada<br>[ ] |
|-------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|

- c. A consulta do Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem torna a compreensão da evolução das situações que requerem cuidados de enfermagem:

|                         |                   |                         |                        |
|-------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|
| Muito facilitada<br>[ ] | Facilitada<br>[ ] | Pouco facilitada<br>[ ] | Nada facilitada<br>[ ] |
|-------------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|

- d. Indique as principais vantagens e desvantagens da utilização do Sistema de Partilha de Informação em Enfermagem:

Vantagens: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Desvantagens: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F. INFORMAÇÃO PARTILHADA SOBRE O FOCO DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM:**

**PAPEL DO PRESTADOR DE CUIDADOS**

- a. A informação disponibilizada pelos Enfermeiros do hospital relativa ao prestador de cuidados para efeitos da continuidade de cuidados é:

|                       |                 |                       |                      |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|
| Muito adequada<br>[ ] | Adequada<br>[ ] | Pouco adequada<br>[ ] | Nada adequada<br>[ ] |
|-----------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|

- b. Após um episódio de internamento e conhecimento do momento da alta clínica, como procede para agendar um contacto de enfermagem (Assinalar apenas uma opção, a mais frequente):

1. Aguarda que o doente / prestador de cuidados solicitem o acesso a cuidados de enfermagem [ ]
2. Planeia de imediato uma visita domiciliária e avisa o doente / prestador de cuidados do momento em que se vai deslocar ao domicílio [ ]
3. Contacta o doente / prestador de cuidados para agendamento de contacto de enfermagem [ ]
4. Outra situação [ ] Qual \_\_\_\_\_

- c. Quando acede à informação no SPIE, procura identificar se existem dados sobre o prestador de cuidados e se existiu preparação específica para o regresso a casa?

SIM [ ] NÃO [ ]

- d. Que prioridades estabelece quando acede à informação partilhada (**coloque por ordem decrescente de prioridade**. Ex. 1 – o mais prioritário e 9 – o menos prioritário)?

- |                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Diagnósticos de enfermagem activos                                           | [ ] |
| Intervenções de enfermagem activas                                           | [ ] |
| Histórico de diagnósticos de enfermagem                                      | [ ] |
| Histórico de Intervenções de enfermagem activas                              | [ ] |
| Dados identificativos do prestador de cuidados                               | [ ] |
| Histórico de Diagnósticos de enfermagem sobre Papel do prestador de cuidados | [ ] |
| Diagnósticos de enfermagem activos sobre Papel do prestador de cuidados      | [ ] |
| Histórico de Intervenções de enfermagem dirigidas ao prestador de cuidados   | [ ] |
| Intervenções de enfermagem activas dirigidas ao prestador de cuidados        | [ ] |

Outra informação:

|       |     |
|-------|-----|
| _____ | [ ] |
| _____ | [ ] |
| _____ | [ ] |

- e. A informação disponibilizada pelos enfermeiros do hospital torna a compreensão do processo de preparação do regresso a casa efectuado ao nível hospitalar:

|                  |            |                  |                 |
|------------------|------------|------------------|-----------------|
| Muito facilitada | Facilitada | Pouco facilitada | Nada facilitada |
| [ ]              | [ ]        | [ ]              | [ ]             |

- f. A informação constante no SPIE reflecte qual o grau de envolvimento do prestador de cuidados no processo de cuidados de forma:

|                |          |                |               |
|----------------|----------|----------------|---------------|
| Muito adequada | Adequada | Pouco adequada | Nada adequada |
| [ ]            | [ ]      | [ ]            | [ ]           |

- g. A informação constante no SPIE reflecte a evolução do prestador de cuidados em relação à aprendizagem de habilidades necessárias ao processo de cuidados de forma:

|                |          |                |               |
|----------------|----------|----------------|---------------|
| Muito adequada | Adequada | Pouco adequada | Nada adequada |
| [ ]            | [ ]      | [ ]            | [ ]           |

- h. A informação constante no SPIE reflecte a evolução do prestador de cuidados em relação ao desenvolvimento de capacidades cognitivas necessárias ao processo de cuidados de forma:

|                |          |                |               |
|----------------|----------|----------------|---------------|
| Muito adequada | Adequada | Pouco adequada | Nada adequada |
| [ ]            | [ ]      | [ ]            | [ ]           |

- i. Para planear estratégias que favoreçam a continuidade de cuidados de enfermagem que suportem as actividades do prestador de cuidados, a consulta da informação disponibilizada no SPIE é:

|                |          |                |               |
|----------------|----------|----------------|---------------|
| Muito adequada | Adequada | Pouco adequada | Nada adequada |
| [ ]            | [ ]      | [ ]            | [ ]           |

- j. Considera que a informação partilhada sobre o prestador de cuidados deverá ser disponibilizada (Assinalar apenas uma opção):

Como foco de atenção principal  
(ex: Papel do prestador de cuidados ....) [ ☐ ]

Como dimensão do foco de atenção principal  
(ex: Conhecimento do prestador de cuidados sobre ...) [ ☐ ]

Associada a outro foco de atenção  
(ex: Transferir-se: Papel do prestador de cuidados ...) [ ☐ ]

Associada a dimensão de outro foco de atenção  
(ex: Transferir-se: Conhecimento do prestador de cuidados) [ ☐ ]

Apresente os seus comentários e/ou sugestões relativas ao Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela colaboração