

Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos

Liliana Andreia Neves da Mota

2010

Mestrado de Informática Médica
Faculdade de Ciências | Faculdade de Medicina
Universidade do Porto

Orientador: **Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira**

Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

“Em toda a obra de criação há um fio condutor, nem sempre facilmente discernível, que lhe dá unidade - um fio discreto ou evidente, da maior importância, pois é um dos sinais da sua autenticidade”.

(Eugénio de Andrade)

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Filipe Pereira por todo o seu empenho, dedicação, enorme disponibilidade e, por ter permitido a partilha de reflexões.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto pelo apoio ao trabalho de investigação e por ter demonstrado interesse nos resultados do estudo.

Aos Enfermeiros Ana Costa, Ana Soares, Dolores Leite e Paulo Valente pelo seu envolvimento, sem o qual o projecto não seria viável.

Aos Médicos do Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto pela sua colaboração.

Aos colegas e amigos do Centro Hospitalar do Porto pela amizade e ajuda.

Aos meus amigos pela compreensão das minhas ausências.

À minha família por acreditarem em mim.

Aos meus pais e irmão por todo o apoio e estímulo.

Ao Carlos por toda a sua compreensão, dedicação e por tudo o que representa para mim...

A todos, o meu... MUITO OBRIGADA!

Preâmbulo

Durante o meu percurso académico e no contexto do meu exercício profissional, enquanto enfermeira, fui criando um interesse crescente na problemática dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE). Com efeito, nos últimos 10 a 15 anos temos vindo a assistir, de forma empenhada, à proliferação de Módulos/Sistemas de Informação (SI) destinados à documentação dos cuidados de Enfermagem. Fruto do nosso percurso académico pré e pós-graduado, temos vindo a desenvolver uma consciência sobre o impacte decisivo que a informática e as tecnologias da informação têm assumido no contexto da saúde.

Contudo, somos da opinião que muitos dos processos de (re)engenharia e implementação de SI, no quadro dos serviços de saúde, têm sido conduzidos de uma forma sectária, o que nos pode colocar perante fenómenos de “défices de interoperabilidade” entre diferentes módulos, sectores e grupos profissionais; realidade com implicações sérias na continuidade dos cuidados e, por esta via, na qualidade da assistência.

Por conseguinte, tem sido nossa preocupação profissional e, progressivamente académica, a problemática da relevância da informação para a promoção da continuidade dos cuidados. A continuidade dos cuidados pode ser conceptualizada sob múltiplas perspectivas. Todavia, devemos reconhecer que, naquilo que se reporta à questão da informação relevante para a continuidade dos cuidados, o contexto multiprofissional e disciplinar da saúde desafia-nos a conceber soluções de partilha de dados efectivamente potenciadoras da qualidade da assistência. Com efeito, os médicos são, muito provavelmente, o grupo profissional que mais informação consome da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros. É neste quadro que se inscrevem os nossos actuais interesses, no contexto de estudo e investigação.

Como referimos atrás, rapidamente evoluiu-se para a informatização de “toda” a informação relativa ao cliente. Reconhecendo que a informação é fundamental para a garantia da qualidade e continuidade de cuidados e, baseando-nos nos constructos fornecidos/partilhados no primeiro Mestrado em Informática Médica, pareceu-nos pertinente enveredar por uma investigação que visasse o estudo da relevância da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros para efeitos do exercício profissional dos médicos.

No contexto do serviço onde exercemos funções – Cirurgia 3 do Hospital Santo António (HSA) - os SI em uso, pelos enfermeiros e médicos, são respectivamente, o *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem* (SAPE) e o *Sistema de Apoio ao Médico* (SAM). Estes aplicativos, suportados em tecnologia *Oracle*® são parte integrante do SONHO. A partilha de informação entre as duas aplicações é um aspecto que nos interessa pelo impacto que pode ter na continuidade dos cuidados. É neste contexto que nos interessa olhar para a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros no “seu” SI e perceber qual a sua relevância para os médicos.

Os resultados de estudos iluminados por este tipo de finalidade podem constituir importantes contributos para a melhoria da interoperabilidade dos Módulos/SI existentes nos serviços de saúde e, desta forma, concorrer para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. É neste paradigma que situamos a investigação relatada neste documento.

Índice

Agradecimentos	7
Preâmbulo	9
Índice	11
Acrónimos.....	13
Índice de figuras.....	15
Índice de tabelas.....	17
Índice de gráficos.....	19
Organização da tese	21
Resultados científicos e financiamentos	23
Resumo	25
Abstract.....	27
1. Introdução	29
2. Finalidade.....	31
2.1. Perguntas “de partida”	32
3. Problemática	35
3.1. Dos Sistemas de Informação em Saúde.....	35
3.2. Dos Sistemas de Informação de Enfermagem e sua articulação com os módulos médicos	38
3.3. Do recurso: Informação	41
3.4. Da relevância da Informação para a Continuidade nos Cuidados	43
4. Material e Métodos	47
4.1. Contexto do Estudo.....	48
4.2. Tipo de Estudo	50
4.2.1. Abordagem qualitativa: fase I.....	50
4.2.2. Abordagem quantitativa: fase II	50
4.3. Estratégias de Recolha de Dados	51

4.3.1. Da fase I	51
4.3.2. Da fase II	55
4.4. Tratamento e Análise dos dados.....	56
4.4.1. Da fase I	57
4.4.2. Da fase II	57
5. Resultados	59
5.1. Da Primeira Fase do Estudo	59
5.1.1. Participantes	59
5.1.2. Da informação relevante	60
5.1.3. Dos repositórios da informação relevante.....	75
5.2. Da Segunda Fase do Estudo	81
5.2.1. Caracterização da amostra.....	82
5.2.2. Da relevância da Informação.....	84
5.2.3. Da acessibilidade à informação relevante	87
5.2.4. Da relevância e acessibilidade das principais categoriais de informação relevante	94
5.2.5. Da compreensibilidade e qualidade da informação.....	97
6. Discussão.....	99
7. Conclusões e Recomendações.....	103
Referências.....	107
Anexos.....	119

Acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – citado

DEFI – Departamento de Ensino, Formação e Investigação

DP – Desvio Padrão

Dr. - Doutor

Enf^a - Enfermeira

EPE – Entidade Pública Empresarial

Freq. - Frequência

HSA – Hospital Santo António

i.e – isto é

ICN – International Council of Nurses

ISO - International Organization for Standardization

Máx. - Máximo

Mín. – Mínimo

OE – Ordem dos Enfermeiros

op. cit. – oportunamente citado

p. - página

PA – Pressão Arterial

Q - Questão

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistema de Informação

SIE – Sistema de Informação de Enfermagem

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

TIC – Tecnologias da Informação e da Comunicação

Índice de figuras

Figura 1: Esquema do modelo resultante da análise de conteúdo à documentação de Enfermagem (Silva, 2001).....	73
---	----

Índice de tabelas

Tabela 1: Caracterização da amostra da fase II, em função da Idade	82
Tabela 2: Caracterização da amostra da fase II, em função do Tempo de exercício profissional.....	83
Tabela 3: Critérios de consenso adoptados para a identificação dos itens de informação relevantes	83
Tabela 4: Itens de informação mais relevantes	85
Tabela 5: Relevância vs Acessibilidade dos itens de informação relevantes	88
Tabela 6: Factor 1 - “Complicações e preparação para a alta”	91
Tabela 7: Factor 2 - “Parâmetros de Vigilância”	92
Tabela 8: Factor 3 - “Medicação”	93
Tabela 9: Factor 4 - “Controlo da Dor”	93
Tabela 10: Relevância vs Acessibilidade das principais dimensões da informação.....	95
Tabela 11: Opinião dos médicos acerca da Compreensibilidade e Qualidade da informação documentada pelos enfermeiros	97

Índice de gráficos

Gráfico 1: Itens de informação mais relevantes (ordem decrescente)	86
Gráfico 2: Relevância vs Acessibilidade dos itens de informação relevantes (em função da Frequência acumulada nos <i>scores</i> 4 e 5).....	89
Gráfico 3: Relevância vs Acessibilidade das principais dimensões da informação	95
Gráfico 4: Relevância vs Acessibilidade da informação (todas as questões do questionário incluídas na análise)	96

Organização da tese

O relatório aqui apresentado é o produto de um trajecto de investigação que realizamos no âmbito do Curso de Mestrado em Informática Médica da Faculdade de Medicina/Ciências da Universidade do Porto.

Em termos de organização geral do documento, no primeiro capítulo é efectuada a delimitação da problemática em que se insere o estudo, da qual evoluímos para uma breve discussão das motivações que estiveram subjacentes ao desenvolvimento da investigação. Neste contexto, é feita uma alusão geral à evolução dos SI na saúde e ao seu impacte na qualidade e continuidade dos cuidados.

O segundo capítulo surge na sequência daquelas motivações, razão pela qual se destacam os objectivos do estudo, assim como o conjunto de perguntas “de partida” que nortearam o sentido do trajecto realizado.

No terceiro capítulo efectuamos uma abordagem ao conhecimento disponível sobre a problemática, sempre iluminados pelos objectivos e limites que colocamos ao estudo. Para isso identificamos e discutimos os conceitos centrais em que está ancorada a pesquisa. Neste sentido, é efectuada uma abordagem aos SI, no contexto da saúde, com particular relevo para as questões das relações entre os módulos que se destinam à partilha de informação entre diferentes grupos profissionais. A informação é conceptualizada como um recurso capaz de acrescentar valor à qualidade dos cuidados, aqui por via da melhoria da continuidade da assistência. O conceito de continuidade de cuidados é discutido nas suas principais dimensões, com o devido ênfase na “continuidade da informação”.

O quarto capítulo da dissertação explora as questões metodológicas que suportaram o desenvolvimento do percurso de investigação realizado. Desde logo, é clarificada a organização, em torno de duas fases do desenho do estudo. As questões relativas às estratégias de recolha e análise dos dados representam o âmago desta parte do relatório, tomando por referência os dois “momentos” do estudo.

A apresentação dos resultados ocupa o quinto capítulo do relatório. Também aqui entendemos como adequado tomar por referência organizativa as duas fases – qualitativa e quantitativa – do estudo. A apresentação dos resultados, desde logo, é complementada com a sua discussão pontual, facto que entendemos como facilitador da

compreensão dos resultados. Nesta discussão, sempre que oportuno, confrontamos os nossos resultados com aquilo que está disponível na literatura.

No sexto capítulo é efectuada a discussão geral dos resultados obtidos, dando uma visão integradora das duas fases do estudo. Para além disso, identificamos e discutimos as limitações do percurso efectuado, enquanto via para a compreensão da validade dos resultados alcançados.

Os dois últimos pontos do relatório – Conclusões e Recomendações – inscritos no sétimo capítulo do relatório, apresentam as sínteses do estudo e apontam alguns aspectos relativos ao potencial de utilização dos seus resultados, assim como, os principais desenvolvimentos futuros.

Resultados científicos e financiamentos

Publicações:

Mota, L.; Cunha, A. (2007). *“Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Guia Prático”*. ISBN: 978-972-8930-32-5. Lusociência.

Santos, R.; Farinha, P.; Mota, L.; Cruz-Correia, R. (2007). "Registos de Saúde Pessoais: ainda é cedo para o futuro?", *CISTI - 2ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 1: 417-32.

Mota, L.; Pereira, F. (2008). *“Information Systems: Content and Value of Information shared - a case study.”* *Proceedings of the 1st Medical Informatics Symposium*.

Mota, L. (2008). *“From Data to the Nursing Diagnosis”*. *Nursing*, 40- 43.

Mota, L. (2010). *“Sistemas de Informação: Teor e Valor da Informação partilhada – um estudo de caso”*. *2as Jornadas da Iniciação à Investigação Clínica*, 71.

Aguardar Publicação:

Mota, L.; Pereira, F.; *“Nursing Information Systems: Relevance of information for continuity of care between Nurses and Physicians”*. *Online Journal of Nursing Informatics (OJNI)*.

Comunicações:

Participação no CISTI`2007 – “2ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação”, realizado no Porto pela Universidade Fernando Pessoa nos dias 21 e 23 de Junho de 2007, com a comunicação livre “Registos de Saúde Pessoais: ainda é cedo para o futuro?”.

Participação 1º Congresso de Enfermagem do Centro Hospitalar do Porto, realizado no Porto Palácio Hotel nos dias 12 e 13 de Maio de 2008, com a comunicação livre – “Dos dados ao diagnóstico de Enfermagem”, tendo sido atribuído o 2º prémio.

Participação no 1º Simpósio Informática Médica, realizado na Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, no dia 18 de Outubro de 2008, com a comunicação livre – *“Information Systems: Content and Value of Information Share”*.

Participação nas 2as Jornadas da Iniciação à Investigação Clínica, realizadas no Auditório Professor Doutor Alexandre Moreira do Centro Hospitalar do Porto, no dia 2 de Julho de 2010, com o poster – *“Sistemas de Informação: Teor e Valor da Informação partilhada – um estudo de caso”*.

Financiamentos:

O trabalho de investigação apresentado neste relatório foi financiado com uma Bolsa de Estudo no valor de 1700€, atribuída pelo Centro Hospitalar do Porto.

Resumo

Introdução: A promoção da continuidade dos cuidados é um dos principais objectivos dos Sistemas de Informação (SI) clínicos. É fundamental que no desenho dos SI, se garantam os requisitos (estruturais e de conteúdo) centrados na informação relevante para efeitos da coordenação entre os vários profissionais envolvidos na assistência ao cliente. Defendemos que só é possível melhorar a qualidade, a quantidade e as estruturas que suportam a informação conhecendo-a e analisando-a.

Objectivos: i) Identificar e descrever a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, que se mostra mais relevante para a actividade profissional dos médicos; ii) Identificar quais os repositórios daquela informação que releva para efeitos da actividade dos médicos; iii) Identificar o nível de acessibilidade percebido pelos médicos, acerca da informação que reportam como mais relevante.

Métodos: Estudo de investigação concretizado em duas fases, realizado no Departamento de Cirurgia do Hospital Santo António. A primeira fase alicerçou-se numa abordagem qualitativa e exploratória, com recurso à observação e a entrevistas com informantes-chave. A segunda fase baseou-se num estudo de perfil quantitativo, com recurso a questionários, utilizando uma amostra não probabilística (e de conveniência). Desta forma, evolui-se na produção de consensos em torno da relevância e acessibilidade da informação.

Resultados: A informação documentada pelos enfermeiros e mais relevante para os médicos agrega-se em quatro categorias: *“Complicações e preparação do regresso a casa”*, *“Parâmetros de vigilância”*, *“Medicação”* e *“Controlo da dor”*. O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem configura o repositório, por excelência, daquela informação. Contudo, em termos de acessibilidade, os dados mais relevantes para os médicos, na sua apresentação no SI em uso, incorporam algumas limitações.

Discussão/Conclusão: Os resultados deste estudo podem ser úteis para o desenho e (re)engenharia dos modelos de partilha de informação entre enfermeiros e médicos, concorrendo, assim, para a interoperabilidade entre aplicativos e, desta forma, melhorando a continuidade e qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Sistemas de Informação de Enfermagem, documentação de Enfermagem, partilha de informação, continuidade nos cuidados.

Abstract

Introduction: One of the most important objectives of the Information Systems (SI) is the health care continuing promotion. It is therefore essential that the design of information systems to ensure the requirements (structural and content), focusing on information relevant for coordination between the various professionals involved in customer service. We defend that is only possible to improve the quality, quantity and structures that support the information knowing and analyzing it.

Objectives: i) Identify and describe the information collected, processed and documented by nurses, is the most relevant to all the professional physicians activity, ii) identify the repositories of the relevant information to the activity of physicians; iii) identify the level of Accessibility understood by the doctors about the information they report as most relevant.

Methods: Research study implemented in two phases, realized in the Surgery Department of the Santo António Hospital. The first phase is a qualitative approach and exploratory, using the observation and interviews with key users. Secondly, based on a study of quantitative profile, using questionnaires, using a non-probability sample (and convenience) evolves in the production of consensus on the relevance and accessibility of information.

Results: The most relevant information documented by nurses and physicians is aggregate into four categories: "*Complications and preparing to return home*", "*Parameters Monitoring*", "*Medication*" and "*Control of pain*". The support system for nursing practice configures the repository, by excellence, for that information. However, in terms of accessibility, the most relevant data for physicians, in your presentation in use in SI, incorporate some limitations.

Discussion/Conclusion: The results of this study can be useful for the design and (re) engineering models of information shared between nurses and doctors, contributing thus to the interoperability between applications and thus improving the continuity and quality of care.

Key-Words: Nursing Information Systems, nursing documentation, information exchange, continuity of care.

1. Introdução

Desde há mais de um século, com Florence Nightingale, que os enfermeiros se preocupam com a problemática da documentação da assistência, no sentido que os registos efectuados representem de forma fiel a prática clínica, de forma a garantir a continuidade e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Actualmente, em Portugal, há um aumento da sensibilização e consciencialização da necessidade de encontrar soluções de Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), que sejam promotoras da comunicação e continuidade dos cuidados, da gestão, da investigação e da formação (Pereira, 2001, 2007; Silva, 2006; Sousa, 2006). Estes propósitos alargam os horizontes e colocam novos desafios a todos aqueles que estão envolvidos no desenho, implementação e reformulação dos SIE em uso nas instituições de saúde. Assim sendo, “... o uso da tecnologia no cuidado ao cliente mudou significativamente o cuidado tradicional de Enfermagem” (Lee, 2008, p. 764).

A promoção da continuidade dos cuidados apresenta-se como um dos principais objectivos dos SI clínicos. Tal propósito implica que no desenho dos SI se garantam os requisitos (estruturais e de conteúdo) centrados na informação relevante para efeitos da coordenação entre os vários profissionais envolvidos na assistência ao cliente (Ordem dos Enfermeiros, 2007). A continuidade dos cuidados é um dos aspectos permanentemente presentes nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde e dos próprios SI (DeLone & McLean, 2003; Friedman & Wyatt, 2006), o que atesta a favor do papel que esta dimensão da assistência assume em toda a dinâmica e complexidade dos cuidados de saúde (Lapão, 2005).

Na realidade, um elemento essencial dos sistemas de cuidados de alta qualidade é a continuidade nos cuidados (Lee & Dean, 1995). Assim, a continuidade nos cuidados surge associada à qualidade e forma como a informação relativa aos clientes se apresenta; à sua disponibilidade e estratégias de partilha; tendo por finalidade a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Anderson & Helms, 2000; Sousa, op. cit.).

No contexto deste estudo, interessa-nos perceber o papel dos SIE e da informação (“*de Enfermagem*”) propriamente dita, na promoção da continuidade e coordenação dos cuidados, entre diferentes grupos profissionais (i.e: enfermeiros e médicos). Aqui,

circunscrevemos o fluxo informacional “*dos enfermeiros para os médicos*”, o que não esgota as questões em torno da partilha de informação. Importa esclarecer que esta problemática pode ser colocada em diferentes ângulos. Na realidade podemos olhar para o problema na perspectiva da partilha de informação multiprofissional, entre profissionais da mesma disciplina, no âmbito do mesmo serviço ou na lógica de articulação de diferentes serviços ou instituições (Sousa, 2006). Aqui, como vimos, colocamos o assento tónico na partilha de informação entre enfermeiros e médicos, dentro do mesmo ambiente de cuidados (ambiente hospitalar), num contexto específico e concreto (Departamento de Cirurgia do CHP).

Neste cenário, o conceito *continuidade* que aqui utilizamos refere-se à existência, disponibilidade e partilha de informação relevante, acerca da situação concreta de cada cliente, entre enfermeiros e médicos, ao longo dos episódios de internamento.

Segundo Cook e colaboradores (2000) os SI desempenham um papel fulcral na promoção da continuidade dos cuidados, uma vez que a grande maioria dos “*gaps*” que se identificam na continuidade dos cuidados de saúde, podem ser atribuídos a carências qualitativas e/ou quantitativas de informação ou à ausência de SI capazes.

Neste sentido, julgamos pertinente estudar a problemática da partilha de informação entre diferentes grupos profissionais, uma vez que este é um aspecto ainda pouco explorado na investigação e, muito provavelmente, com impacte significativo na construção de soluções eficientes para os SI.

Neste contexto, urge identificar a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros que releva para efeitos da continuidade dos cuidados, na perspectiva dos médicos; tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, este estudo pretende ser um contributo para a melhoria dos SI actuais, promovendo a gestão do recurso informação, num contexto estratégico de melhoria dos processos de assistência (Silva, 2006; Sousa, op. cit.; Pereira, 2007).

2. Finalidade

Nos últimos parágrafos da introdução procuramos delimitar a finalidade do estudo que realizámos, no âmbito do nosso percurso de Mestrado em Informática Médica. Aí procuramos realçar o nosso interesse nas questões assistenciais propriamente ditas, reconhecendo o papel decisivo que a informação tem para o exercício clínico e para as estratégias de governação (aos diferentes níveis) em saúde. Na realidade, concebemos (e, enquanto enfermeira) o domínio da Informática Médica como uma área de interesse, colocada ao serviço da qualidade dos cuidados e, portanto, ao serviço dos cidadãos.

A “*Informática de Enfermagem*” (ramo da Informática Médica ou da Saúde), reconhecida no seio da *International Medical Informatics Association (IMIA)* refere-se ao uso das tecnologias da informação e computadores, no sentido de processar/transformar dados em Informação, ou seja *inputs* em *outputs* (Saba, 2001), com o intuito de produzir ganhos em saúde para a população.

Podemos definir este domínio emergente como “(...) *o empenhamento científico multidisciplinar de análise e formalização de como os enfermeiros colhem e gerem dados, processam e transformam os dados em informação e conhecimento, tomam decisões relativas aos pacientes com base na evidência científica, e usam este conhecimento empírico e experiencial tendo em vista o alargamento e o aumento da qualidade da sua prática profissional*” (Goossen, 2000, p. 204).

Com as mudanças operadas nos sistemas de saúde e com a crescente importância da informação ao nível da gestão, economia e política tem-se assistido a um aumento exponencial do desenvolvimento de SI, em resposta às necessidades experimentadas. Neste sentido, há uma maior necessidade de integrar os sistemas das diversas áreas, de forma a agilizar todo o processo assistencial aos clientes. Assim, uma das finalidades dos SI é a partilha de dados, nomeadamente entre diferentes grupos profissionais, de forma a otimizar a continuidade dos cuidados, garantindo-se assim a qualidade dos mesmos (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Pereira, 2009).

Os enfermeiros na sua prática diária processam e documentam muita informação que, além de garantir a produção de prova documental da assistência, constitui um recurso para os processos de gestão, de formação e investigação; e para a promoção da continuidade dos cuidados. Admite-se que parte da informação recolhida, processada e

documentada pelos enfermeiros, na relação de cuidados, possa revestir-se de utilidade para outros profissionais, em particular aos médicos, com os quais estabelecem parcerias estreitas na prestação de cuidados.

2.1. Perguntas “de partida”

Conhecer com maior profundidade a natureza da informação partilhada entre enfermeiros e médicos, as necessidades percebidas de informação, e perspectivar soluções promotoras daquela partilha, representam um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este é o objectivo *major* que norteou o nosso percurso de investigação, aqui relatado.

Da finalidade e objectivos que definimos para o estudo, evoluímos para a delimitação de um conjunto de perguntas de investigação, que a seguir apresentamos:

- *Qual a informação recolhida, processada e/ou documentada pelos enfermeiros que, na perspectiva dos médicos, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?*
- *Quais os repositórios da informação recolhida, processada e/ou documentada pelos enfermeiros que, na perspectiva dos médicos, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?*
- *Qual o nível de acessibilidade da informação recolhida, processada e/ou documentada pelos enfermeiros que, na perspectiva dos médicos, releva para efeitos da continuidade dos cuidados?*

Identificada a informação relevante para efeitos da continuidade nos cuidados (na perspectiva médica) e tendo a noção de quais são as entidades ou suportes onde essa informação está disponível, julgamos estar em condições de perspectivar o papel dos SIE na promoção da continuidade dos cuidados. Merecem alguma atenção estas questões, pelo impacte que podem ter ao nível da continuidade dos cuidados, assim como na própria qualidade da assistência.

Neste quadro, o estudo desenvolvido foi iluminado por uma intenção de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados (em primeiro lugar: à escala do serviço de Cirurgia 3 do CHP), por via da compreensão da natureza da informação partilhada entre enfermeiros e médicos; informação essa que releva para efeitos da continuidade dos

cuidados. Defendemos que só é possível melhorar a qualidade, a quantidade e as estruturas que suportam a informação conhecendo-a e analisando-a.

3. Problemática

Ao situarmos este estudo no âmbito dos Sistemas de Informação (SI), com particular interesse nos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), tomando a informação relevante para a continuidade dos cuidados como foco da nossa atenção, delimitamos a problemática em conceitos como: os “Sistemas de Informação”, a “Informação” e a sua relevância para a “Continuidade dos cuidados”.

3.1. *Dos Sistemas de Informação em Saúde*

Os SI, cada vez mais, ocupam um lugar de destaque nas organizações; realidade à qual os serviços de saúde não ficam alheios. Com efeito, os SI constituem um recurso de primordial importância na estratégia de acção e governo dos serviços de saúde (Friedman & Wyatt, 2006). No contexto do sector da saúde, reconhece-se o capital associado à qualidade dos SI, na medida em que estes asseguraram (ou deveriam assegurar) a informação útil e necessária às diversas funções dos profissionais de saúde e aos diferentes níveis de decisão da instituição. Neste quadro, emergem como necessários SI capazes de se configurar como estruturas sólidas, capazes de garantir processos eficientes de recolha, processamento, organização e gestão dos dados que resultam dos processos assistenciais (Marin, Rodrigues, Delaney, Nielsen & Yan, 2001). Desta forma, será possível reunir, guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torná-la acessível e útil para aqueles que a desejam (e possam) utilizar. É neste sentido que, otimizar os SI da saúde e o fluxo de informação nas instituições de saúde, precisa de ser encarado como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão (ACSS, 2009), realidade à qual a Enfermagem não pode ficar alheia (Brunt, Gifford, Hart & Mcqueen-Goss, 1999; Sousa, 2006).

Os SI da saúde (e em particular os de Enfermagem) têm sofrido grandes alterações ao longo do tempo. A forma e os conteúdos documentados pelos enfermeiros, nos nossos dias, são substancialmente distintos daquilo que acontecia há uns vinte ou trinta anos (Hovenga, 2001; Silva, 1995, 2001). Por conseguinte, este processo evolutivo e dinâmico é fortemente despoletado pelo facto de, actualmente, a informática e as tecnologias dos computadores fazerem parte da actividade diária dos profissionais de saúde (ACSS, 2009).

Naquilo que se refere ao contexto específico dos SIE, para a evolução a que aludíamos, muito contribuíram os avanços nas ciências da informação e aqueles verificados na ciência da Enfermagem (Saba, 2001). Com a crescente preocupação com a qualidade dos cuidados, as organizações de saúde apostam na implementação de SI para otimizar os seus processos e, assim, maximizar resultados (MacDonald, 1997; Martins, 2006; Pereira, 2009). A qualidade dos cuidados prestados está directamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e, a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua actividade diária (Currell & Urquhart, 2003).

A implementação de um SI permite melhorar a prática clínica, adequar os cuidados de saúde, aumentar a eficiência e efectividade das organizações de saúde (Ammenwerth et al., 2004).

Contudo, na implementação de SI devem ser consideradas algumas contingências, dificuldades e impactos, muito para além da mera componente tecnológica. Na realidade trata-se, acima de tudo, de operar mudanças ao nível do contexto da acção (Deloitte, 2004; Silva, 2006), capazes de potenciar ganhos e benefícios concretos para as organizações e clientes (Delone & McLean, 2003).

Deste modo, todo este processo deve ser encarado de uma forma dinâmica, uma vez que a implementação de um SI numa organização envolve uma mútua transformação da informação da organização pela tecnologia e do sistema pela organização (Berg, 2001). Este processo dinâmico implica alterações das práticas e métodos, desde o nível de decisão até às áreas operacionais, originando alterações organizacionais substanciais.

A introdução de um novo SI numa organização provoca, quase sempre, mudanças substanciais nos locais de trabalho. A implementação do novo SI pode ser vista como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho actuais, de forma a tomar vantagem das novas capacidades de gestão da informação, no sentido de reduzir os custos, aumentar a produtividade e melhorar os níveis do serviço (Shortliffe & Brody, 2006; Silva, 2006; Pereira, 2007).

Na implementação de um SI também estão contempladas motivações financeiras e administrativas, ou seja, direccionadas para a identificação das necessidades de mudança, redução dos custos e documentação dos cuidados de saúde, por questões legais (Hannah, Ball & Edwards, 2007).

Os processos de mudança são muito difíceis de gerir, uma vez que as pessoas são parte integrante das organizações e, como tal, têm motivações muito distintas (Argyris, 1993; Senge, et al, 1999). A resistência à mudança é intrínseca à natureza Humana, uma vez que, são colocadas em causa, muitas vezes, crenças e valores enraizados, bem como rotinas (“rituais”), que não facilitam o processo de mudança (Silva, 2006). Contudo, o envolvimento e participação dos “afectados” (Sousa, 2006; Pereira, 2007) na construção das soluções parecem ser aspectos de capital importância para o sucesso dos projectos de implementação das TIC (DeLone & Mclean, 2003).

Mediante o processo de mudança surgem factores condicionantes ao processo de implementação de um novo SI, pelo que é de extrema importância estabelecer um projecto de implementação que contemple os aspectos humanos e técnicos (Berg, 2001; Silva, op. cit.).

No que diz respeito a aspectos humanos é necessário conhecer os (futuros) utilizadores do sistema, os seus interesses e dificuldades. Para isso, como vimos, importa integrá-los em todo o processo, desde a concepção à implementação do novo SI, bem como nos processos de “avaliação” e (re)engenharia de soluções. Se os utilizadores sentirem que são parte integrante do projecto, a sua resistência às mudanças será muito menor. Assim, o impacto da implementação do novo SI será apaziguado, a equipa sentir-se-á mais envolvida e, menores serão as barreiras.

No entanto, estes processos de mudança são difíceis de gerir, até porque vão surgindo, para além do plano traçado, factores que são condicionantes efectivos no processo de implementação de um novo SI (Silva, op. cit.). Factores como a carga de trabalho, o tempo e, eventualmente, a hipotética diminuição da qualidade da interacção entre profissionais, podem constituir uma barreira ao uso efectivo dos sistemas (Fung et al., 2004). Outra barreira ao sucesso da implementação de um SI é o facto de as organizações poderem ser constituídas por “ilhas” pelas quais o cliente “vai passando”. Ou seja, cada unidade, ou até mesmo cada grupo profissional, dentro da organização pode ter diferentes lógicas de recolha e processamento dos dados, diferentes necessidades de informação e distintos critérios de relevância para o mesmo item de informação. Esta diversidade, que em si mesma não representa um problema, pode originar compromissos na fluidez do processo de assistência (MacDonald, 1997).

As organizações integram diferentes indivíduos e grupos, com características intrínsecas e necessidades de informação também diferentes, pelo que é imprescindível o estudo

desta variabilidade, num quadro de complementaridade, que seja capaz de evitar a formação das já referidas “ilhas de informação” (Poissant et al., 2005). É neste quadro conceptual que se situa o estudo que desenvolvemos no âmbito do Mestrado em Informática Médica, tendo como preocupação potenciar a construção de “pontes” entre os Módulos de Enfermagem e os Módulos Médicos dos SI em uso no Departamento de Cirurgia do CHP.

3.2. Dos Sistemas de Informação de Enfermagem e sua articulação com os módulos médicos

De acordo com os requisitos arquitectónicos preconizados pela OE (2007) para os SIE, um (bom) SI dirigido à documentação da informação que resulta do exercício profissional dos enfermeiros deve contemplar três grandes áreas de atenção: a gestão/coordenação dos cuidados, a documentação do domínio autónomo do exercício e, como não podia deixar de ser, o domínio do exercício dos enfermeiros que resulta da tomada de decisão do médico.

No domínio de gestão/coordenação o sistema deverá ser capaz de ajudar os enfermeiros na produção de indicadores (sensíveis aos cuidados de Enfermagem) (Pereira, 2009) que permitam identificar os ganhos em saúde que resultam dos cuidados de Enfermagem. Ainda dentro da dimensão – gestão/coordenação - os SIE devem ser capazes de incorporar soluções promotoras da coordenação e continuidade dos cuidados (Sousa, 2006) potenciando a partilha de informação.

No âmbito da dimensão autónoma do exercício profissional, os SIE devem incorporar a possibilidade de documentar diagnósticos de Enfermagem, intervenções autónomas e resultados (cfr. OE, op. cit.). Para efeitos da documentação destas entidades, a OE preconiza a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP®), única classificação de Enfermagem reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que, simultaneamente, se apresenta como terminologia internacional de referência para os vocabulários controlados de Enfermagem (Cfr. ICN, 2005; Pereira, 2007).

A forma como os enfermeiros documentam actualmente também é reflexo do processo evolutivo que se tem vindo a verificar nos SIE. No entanto, uma das grandes transformações verificadas na Enfermagem foi ao nível e grau de estruturação da

linguagem utilizada (Silva, 2001). No sentido de haver um maior controlo dos dados a utilizar pelos sistemas computadorizados é indubitável a necessidade de linguagens e vocabulários classificados em Enfermagem (Henry, 1997).

A necessidade de estruturação dos dados e utilização de uma linguagem formalizada permite uma melhor recolha de dados pelos enfermeiros (Nahm & Poston, 2000; Urquhart & Currell, 2005). No entanto, na comunicação com os clientes os enfermeiros utilizam uma linguagem diferente da que partilham com os outros profissionais de saúde, pelo que com estes, partilham o resultado expresso em linguagem *standardizada* (Hughes, Lloyd & Clark, 2008).

Deste modo, a linguagem é um factor fulcral quando se pretende implementar um SIE numa determinada organização. Ao pensarmos em SI “(...) *importa assumir-se que só comunicamos se atribuirmos aos mesmos significantes os mesmos significados*” (Silva, 2006, p. 29).

No SIE em uso no CHP (SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), a linguagem classificada de Enfermagem utilizada é a CIPE[®], na sua versão *Beta* (ICN, 2000); apesar de já ter sido publicada em português e versão 1.0 (ICN, 2005) e, neste momento estar em processo de finalização a tradução da versão 2.0. Contudo, a opção da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) tem sido manter em uso a versão mais antiga da classificação. Naquilo que importa para problemática que enforma esta dissertação de mestrado, a utilização deste vocabulário, dirigido à especificidade da Enfermagem, poderá colocar algumas questões à lógica da partilha de informação entre os enfermeiros e outros grupos profissionais, no sentido da promoção da continuidade dos cuidados.

Por conseguinte, para que haja cooperação entre as diferentes disciplinas/profissões é fundamental que a integração dos dados seja gerida num único sistema, pelo que a linguagem classificada não pode comprometer a integridade dos dados existentes no sistema (Goossen, 2000), só desta forma será possível garantir a continuidade dos cuidados.

No contexto da dimensão interdependente do exercício, resultado daquilo que a Enfermagem é, intrinsecamente, os SIE devem incorporar uma área destinada à documentação das intervenções/actividades de Enfermagem que resultam da prescrição médica (i.e: medicação; exames auxiliares de diagnóstico...). Para além disto, os SIE

devem incluir dispositivos de partilha e fluxos informacionais com os demais módulos/sistemas em uso nas organizações, de forma a potenciar a partilha de informação e a eficiência dos processos.

Este conjunto de orientações, hoje em dia tomadas por referência pelas companhias que desenvolvem SIE e que, no futuro, constituirão a base para um sistema de acreditação e certificação de aplicativos, em desenvolvimento pelo departamento de qualidade da OE, alinham por aquilo que é a melhor evidência disponível.

É neste quadro que os SIE devem ser entendidos como potentes “(...) *repositórios de dados de um cliente, em suporte electrónico, que permitam o armazenamento e a partilha de informação com diversos utilizadores autorizados*” (Hayrinen et al. 2008, p. 293).

É fácil admitir que o grupo profissional com quem os enfermeiros mais partilham a informação que recolhem, documentam e processam é o médico. Neste sentido, é de extrema importância perceber que informação os enfermeiros devem partilhar com os médicos, de forma a favorecer o seu processo de tomada de decisão, em prol da promoção da qualidade e continuidade dos cuidados. Por conseguinte, as organizações devem mudar as suas políticas de regulação da incorporação das tecnologias de informação nos fluxos de trabalho, baseando-se em políticas de partilha de informação (Lee, 2008).

Na perspectiva dos médicos os SI devem permitir as funções administrativas, o acesso a bases dados clínicas e de referência, as actividades de investigação e a educação médica (McAlearney & Schweikhart, 2005). Assim sendo, os SI surgem como suportes à tomada de decisão, facilitando a consulta e processamento de informação (resultados clínicos, monitorização do cliente...), e as funções administrativas (prescrição electrónica, horário das monitorizações...) (McAlearney, Schweikhart & Medow, 2004). Ainda na perspectiva de McAlearney & Schweikhart (op. cit.), a utilização, por parte dos médicos, de todos os recursos e potencialidades dos SI é favorecida pelo reconhecimento da utilidade/relevância dos recursos e a facilidade de uso, o que está de acordo com os princípios das teorias em que se alicerçam os *Technology Acceptance Models (TAM)* (Chau & Hu, 2002; DeLone & McLean, 2003).

Assumindo que os médicos são potenciais utilizadores da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, importa considerar, a agilização da

partilha do recurso – Informação – em moldes que sejam significativos, neste caso para os médicos, em termos de relevância e facilidade de acesso/uso.

A implementação de soluções de gestão/partilha da informação gerada na prestação de cuidados deve ser vista como um programa “integrado de mudança” (Deloitte, 2004). No acompanhamento e avaliação destes processos, contexto em que se inscreve esta pesquisa, podem ser utilizadas várias abordagens, tais como entrevistas, grupos focais, método de *Delphi* ou inquérito, observação de campo ou auditoria de registos. Independentemente das estratégias utilizadas, tais abordagens devem ser sempre usadas para aperfeiçoar os mecanismos de funcionamento dos SI (Grol & Wensing, 2004). Ao alargar a nossa base de conhecimento acerca da forma como o recurso – Informação - pode ser maximizado, estaremos a potenciar a melhoria contínua da qualidade e continuidade dos cuidados.

3.3. Do recurso: Informação

De acordo com Lussato (1995, p. 35), a informação “*é a coisa mais difundida e menos definida do mundo*”. Com efeito, podemos dizer que tudo é informação e que a informação está em todo lado. Mas, o que é de facto a informação? Como nos diz Lussato (Ibidem) existe uma “*enorme abundância de pontos de vista*”.

Contudo, aqui procuramos definir a informação utilizando duas perspectivas, que necessariamente se interligam, uma derivada das teorias da comunicação e outra oriunda das teorias da gestão e administração. Esta opção fundamenta-se no propósito de perceber a natureza do conceito em si mesmo e, na sua concepção aos olhos das teorias que, encarando-a como um recurso estratégico, procuram dela extrair o máximo valor.

Este posicionamento por nós adoptado está na linha traçada por Silva (2006) que, naquilo que se reporta à informação associada aos cuidados de Enfermagem, evolui do ênfase colocado na produção de prova documental da assistência, passa pela promoção da continuidade dos cuidados e acrescenta uma nova dimensão centrada na optimização dos processos de gestão da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Com efeito, “*(...) a informação refere-se a um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e*

conhecimento ao seu receptor, ficando este mais habilitado para desenvolver determinada actividade ou decidir face a um determinado contexto” (Sousa, 2006, p. 34).

Ora, no contexto da problemática do nosso estudo a questão prende-se exactamente com a necessidade de, em tempo útil, gerir o recurso – Informação – em favor da coordenação entre enfermeiros e médicos, de forma a potenciar a qualidade da assistência. A informação só é útil se estiver disponível e acessível quando é necessária ao processo assistencial a um cliente e, permitindo cuidados de excelência.

“A informação é um recurso primordial para a tomada de decisão” (Guimarães & Évora, 2004, p. 74). Neste sentido, nas organizações, a informação é utilizada como um recurso na medida em que influencia fortemente todas as tomadas de decisão, quer seja a nível clínico, organizacional ou de gestão.

O processo de tomada de decisão é fruto de um processo sistematizado que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos (Idem).

Pode afirmar-se que o processo de tomada de decisão nem sempre é sequencial, estruturado e dirigido a uma única solução, no entanto, podemos referir que um SI é um recurso fundamental e, quanto mais estruturado for este processo, mais agilizado se torna o uso de SI que apoiem o processo de tomada de decisão (Idem).

Um determinado item de informação só faz sentido visto como um recurso, ou seja, como algo que é extremamente necessário à concretização de uma comunicação e, que será usada na concretização de um determinado objectivo. A comunicação é fundamental, permitindo a partilha de informação entre os profissionais de uma equipa de saúde. Assim sendo, é importante que a informação recolhida na prestação de cuidados possa ser utilizada nas suas diferentes finalidades (Simões & Simões, 2007). Cada profissional deve ter acesso à informação necessária ao seu processo de tomada de decisão em tempo útil, de forma segura, clara, credível, de forma a garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

As teorias da gestão e da administração têm, cada vez mais, assumido que a *“(...) informação e a gestão são as duas faces da mesma moeda”* (Keen, 1991; cit. por Zorrinho, 1999, p. 12), pelo que o valor da informação radica na capacidade que cada

organização tem de “(...) *acrescentar valor aos fluxos de informação a que acede e tirar partido deles para acrescentar valor aos processos em que intervém*” (Zorrinho, 1999, p. 12). No quadro desta definição, a informação é conceptualizada como um recurso ou *activo informacional* (Daniels, 1997, p. 105).

Com a utilização de SI, os serviços de saúde têm por objectivo melhorar a qualidade das tomadas de decisão, nos momentos oportunos, a partir da informação adequada e fiável, com o menor custo possível (Guimarães & Évora, 2004).

“O Sistema de Informação é todo o conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objectivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários. Portanto, sistemas de informação (...) são sistemas que colectam, organizam, distribuem e disponibilizam a informação...” (Idem, p. 75).

As questões relativas à organização e disponibilização da informação (concebida como um recurso com valor), que resulta dos cuidados prestados aos clientes, merecem destaque, na medida em que têm fortes impactos nas diversas dimensões da qualidade assistencial, das quais a “continuidade dos cuidados” assume particular centralidade (Beerman, 1998; Brunt et al, 1999; Berg, 2001; Donabedian, 2003).

3.4. Da relevância da Informação para a Continuidade nos Cuidados

A expressão - *continuidade nos cuidados* - tal como tradicionalmente foi sendo utilizada na literatura é multidimensional (Starfield, 1980; Wall, 1981; Fletcher, O'Malley & Fletcher, 1984; Ruane & Brody, 1987). Tem sido usada para descrever uma grande variedade de relações entre os clientes e a oferta de serviços de saúde, a constância desses mesmos profissionais na assistência (Ellsbury, Schneeweiss & Montano, 1987; Feltovich, Mast & Soler, 1989; Rivo, Saultz & Wartman, 1994), o nível de acompanhamento clínico após a alta e, ainda, o nível de acessibilidade aos serviços de saúde (Hargaraves, Palmer & Zapka, 1993; Kiefe & Harrison, 1993).

Outra perspectiva em que a continuidade nos cuidados foi sendo colocada foi proposta por Banahan & Banahan (1981). Estes autores argumentavam que a continuidade nos cuidados podia ser vista como uma “atitude contratual”, ou seja, como um aspecto implícito do contrato tácito de assistência que se estabelece no momento em que uma pessoa é internada ou recorre aos serviços de uma instituição.

Se pensarmos na expressão no contexto dos cuidados de saúde em meio hospitalar, constatamos que a tónica tem sido colocada no nível de coordenação entre os múltiplos intervenientes no processo de assistência e, mais recentemente na troca da informação relativa ao estado do cliente, entre aqueles que ao longo de um internamento têm responsabilidade nos cuidados (Brunt et al., op. cit., Nielsen, 1999, Goossen, 2000; Donabedian, 2003). Nas organizações de saúde os registos do cliente são a ferramenta mais importante da comunicação, continuidade e coordenação dos cuidados de saúde (Martin, Hinds, & Felix, 1999). Estudos mais recentes elaborados no nosso contexto cultural (Pereira, 2001; Sousa, 2006) têm explorado o valor da informação que resulta dos cuidados de Enfermagem para a promoção da continuidade nos cuidados. Contudo, apesar de, legitimamente, estarem centrados na partilha de informação entre o mesmo grupo profissional – enfermeiros -, os mesmos estudos apontam para a necessidade de expandir a problemática à troca de informação entre diferentes grupos profissionais, com particular destaque para as relações entre enfermeiros e médicos.

A continuidade nos cuidados depende directamente da quantidade e qualidade da informação produzida pelos diversos profissionais que intervêm no cuidar a um cliente, ao longo de um episódio de internamento (Hayrinen, Saranto & Nykanen, 2008). Neste sentido, é importante conhecermos a informação que os profissionais de saúde produzem, de forma a poder melhorá-la e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Actualmente, as instituições de saúde investem fortemente nos SI, uma vez que o sucesso da gestão está directamente relacionado com a habilidade em oferecer cuidados qualidade e determinar objectivamente os custos em relação aos benefícios dos tratamentos (Noble & Klein, 2000; DeLone & McLean, 2003).

É neste contexto que, mais recentemente, a conceptualização do constructo – *continuidade nos cuidados* - segundo Haggerty e colaboradores (2003), abarca três dimensões bem claras:

- Continuidade de informação;
- Continuidade de gestão;
- Continuidade relacional.

Daqui resulta que, hoje em dia, discutir a problemática da continuidade dos cuidados sem equacionar a “variável informação” é um exercício que peca por deficitário. A tónica deste trajecto de investigação assenta na “*continuidade de informação*”, ou seja, na forma como a informação é processada, registada e transmitida entre dois grupos profissionais distintos, mas fortemente associados. Por conseguinte, a informação é aqui vista como um veículo propulsor da continuidade dos cuidados.

Os enfermeiros são, com toda a certeza, o maior grupo profissional nas instituições de saúde. Com efeito, para além de fornecerem cuidados de Enfermagem, sempre tiveram uma forte preocupação com a coordenação do plano global de assistência aos clientes (Carapinheiro, 1993; Basto, 1998), razão pela qual a informação de que são “detentores” releva para a prossecução desse mesmo plano.

A coordenação do plano assistencial interdisciplinar assenta no pressuposto da continuidade nos cuidados, que tem como alicerce a informação, a qual se configura como um aspecto básico da prestação de cuidados de qualidade (Beerman, 1998; Brunt et al., 1999; Berg, 2001; Donabedian, 2003).

Os enfermeiros recolhem, processam e documentam grandes quantidades de informação, ao longo do processo de cuidados, e uma parte substantiva dessa informação é documentada para posterior consumo pelos médicos (Sousa et al., 1999; Silva, 2001).

Na equipa multi-disciplinar os enfermeiros tendem a ser reconhecidos como “*colectores chave, geradores e utilizadores da informação do doente/cliente*” (Currell & Urquhart, 2003). No entanto, com alguma frequência, os enfermeiros sentem-se frustrados com o facto de os médicos lhes solicitarem os dados e não utilizarem os repositórios dessa informação suportados nas TIC (Lee, 2008).

Pelo exposto, importa evoluir na definição de estratégias capazes de otimizar a troca de informação entre os diferentes actores que operam no contexto dos serviços de saúde, dado que a informação (relevante) é utilizada por diferentes pessoas, em diferentes momentos (Oroviogioicoechea, Elliott & Watson, 2007).

Negligenciar esta problemática é um risco que não devemos correr, uma vez que os profissionais de saúde consideram que a partilha de informação é fundamental para a continuidade dos cuidados, e acreditam que uma comunicação insuficiente impede a

partilha de experiências, assim como, a harmonização dos procedimentos, o que tem um forte impacto na qualidade dos cuidados (Andersen, 2002).

Neste contexto, proceder a estudos capazes de concorrer para a optimização dos processos de partilha de informação entre enfermeiros e médicos, parece-nos adequado e justificado, no âmbito de um programa de estudos em Informática Médica.

4. Material e Métodos

Num trabalho de investigação é primordial definir o caminho percorrido, no sentido de clarificarmos as opções metodológicas utilizadas. A metodologia é uma fase do processo de investigação dedicado à selecção dos métodos mais apropriados à construção de um discurso em resposta às questões de investigação ou objectivos (Polit & Hungler, 1995; Gil, 1999).

Neste capítulo pretendemos apresentar as opções metodológicas que fizemos, tendo em consideração a finalidade e as “perguntas de partida” do estudo. Na estrutura deste capítulo destacam-se duas partes principais, que derivam do desenho adoptado para o estudo. Na realidade, o trajecto de investigação realizado concretizou-se em duas fases. Num primeiro momento, utilizando uma abordagem de perfil qualitativo, procuramos compreender o fenómeno em estudo, no seu contexto real – o serviço de Cirurgia 3 do CHP. A intenção desta fase foi identificar aspectos exemplares, que nos permitissem evoluir, com maior propriedade, para uma abordagem de carácter quantitativo, orientada para a identificação de regularidades, o que se concretizou na segunda fase do estudo.

Pelo exposto, ressalta de forma clara a utilização de uma abordagem metodológica triangulada (Fortin, 2003) para a concretização do estudo. O carácter triangulado que adoptamos não foi ditado por qualquer inscrição no dualismo quantitativo/qualitativo, mas pelo reconhecimento que, quer uma abordagem, quer outra, encerram em si potencialidades para produzir dados que nos auxiliam na compreensão da problemática. Ao falarmos em triangulação referimo-nos à estratégia que “(...) *reflete um esforço para assegurar uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão*” (Denzin & Lincoln, 1994, p. 2). Com efeito, tal como nos dizem Polit & Hungler (op. cit.), existem muitas áreas de estudo que “(...) *podem ser enriquecidas, através da mistura criteriosa de dados qualitativos e quantitativos* (...)” (p. 277). Este facto é particularmente relevante em territórios de estudo ainda em fase de exploração, tal como concebemos este, na qual situamos a nossa investigação.

Iniciamos por delimitar e caracterizar, de forma breve, o contexto do estudo. Depois de definirmos o “tipo de estudo (s)” desenvolvido (s) em cada uma das fases da investigação, evoluímos na descrição das estratégias de recolha e análise dos dados que resultaram das duas fases do estudo.

4.1. Contexto do Estudo

As duas fases do estudo aqui relatado decorreram no Centro Hospitalar do Porto (CHP). O CHP, com o estatuto jurídico de Entidade Pública Empresarial (EPE), é resultado da fusão de três unidades hospitalares do grande Porto: o Hospital Santo António, o Hospital de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis. Dentro do CHP, o estudo desenvolveu-se no Hospital Santo António, mais especificamente no Departamento de Cirurgia, por ser aqui o local onde o investigador principal exerce funções.

O Departamento de Cirurgia é composto por 5 serviços: Cirurgia 1, Cirurgia 2, Cirurgia 3, Urologia e Angiologia - Cirurgia Vascular. No Departamento de Cirurgia trabalham 76 médicos e 110 enfermeiros.

Na tabela 1 é possível visualizar a produção do Departamento de Cirurgia (durante o ano de 2009), no que se refere à lotação, tempo médio de internamento e taxa de ocupação, por cada um dos serviços que compõe o Departamento de Cirurgia.

Tabela1: Lotação, tempo médio de internamento e taxa de ocupação do Departamento de Cirurgia (2009)

Serviço	Lotação	Tempo Médio de internamento (dias)	Taxa de Ocupação
Cirurgia 1	25	9,00	127,5%
Cirurgia 2	25	5,37	67,7%
Cirurgia 3	25	8,38	128,4%
Cirurgia Vascular	25	8,30	97,4%
Urologia	35	6,15	82,3%

Em todo o Departamento de Cirurgia, à semelhança daquilo que acontece em praticamente todos os serviços de internamento do CHP, a documentação dos cuidados de Enfermagem processa-se no aplicativo informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem); enquanto os registos clínicos médicos se operam num módulo “semelhante”, também disponibilizado pela ACSS e suportado em tecnologia Oracle®, designado por SAM (Sistema de Apoio ao Médico). A interoperabilidade técnica entre os dois módulos (SAPE/SAM) está obviada, pela natureza das soluções técnicas semelhantes que são utilizadas e, pelo facto de ambas as aplicações estarem ancoradas no SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar).

No contexto do Departamento de Cirurgia, o serviço de Cirurgia 3 representou o ambiente onde foi realizado o núcleo central da fase empírica do estudo. Trata-se de um

serviço cirúrgico do foro hepato-biliar e pancreático. Além disso, é um serviço que tem a especificidade do transplante hepático, Reno-hepático e Reno-pancreático. Este serviço situa-se no 5º piso do edifício neoclássico do HSA. Tem uma lotação máxima de 25 camas, 7 camas das quais estão destinadas à área do transplante.

No serviço de Cirurgia 3, durante o turno da manhã existem 5 enfermeiros na prestação de cuidados directa aos doentes (num rácio médio de 5 para 5), um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na gestão de cuidados e a enfermeira-Chefe na gestão do serviço. Durante o turno da tarde e noite prestam cuidados 4 enfermeiros. O método de trabalho dos enfermeiros é individual, no entanto, existem equipas de trabalho lideradas por um responsável de equipa (nomeado por ser o elemento com maior experiência profissional). Em todos os turnos uns dos enfermeiros é o responsável de turno que tem como funções a supervisão dos cuidados, parceria com os médicos e a resolução de questões relacionadas com a gestão do serviço.

Relativamente à equipe médica, estes estão distribuídos pelo bloco operatório, consulta e internamento. Mensalmente há um médico especialista em cirurgia destacado para o internamento que é denominado “responsável de enfermaria”. Na colaboração com este médico especialista existe um número variável de médicos internos. Na área do transplante são responsáveis pelos clientes transplantados os médicos especialistas em medicina interna.

Diariamente, no serviço de cirurgia, existem duas rotinas de partilha de informação entre enfermeiros e médicos, nomeadamente uma primeira “visita médica” pela enfermaria na qual o enfermeiro responsável de turno fornece a informação ao médico necessária ao seu processo de tomada de decisão (fluxo de informação é essencialmente do enfermeiro para o médico) e o médico observa o cliente. Há uma segunda “visita médica”, na sala dos médicos em que os médicos dão as indicações terapêuticas aos enfermeiros (fluxo de informação essencialmente do médico para o enfermeiro).

Os médicos permanecem no serviço até às dezasseis horas todos os dias úteis, a partir dessa hora, qualquer necessidade de articulação com o médico é efectuada para o serviço de urgência. No caso dos clientes transplantados o médico fica à chamada telefónica.

4.2. Tipo de Estudo

Como já tivemos oportunidade de referir, a investigação realizada concretizou-se em dois momentos. A primeira fase teve um carácter exploratório, ancorada numa perspectiva qualitativa. Após, avançamos para um estudo de perfil quantitativo, orientado para a identificação da informação mais relevante, para efeitos da continuidade nos cuidados, na óptica dos médicos, com base na utilização de questionários. Globalmente, podemos categorizar o estudo como descritivo e exploratório (Fortin, 2003), na medida em que se pretendeu proceder à descrição de um fenómeno, explorando elementos que o definem e delimitam.

4.2.1. Abordagem qualitativa: fase I

A relevância da perspectiva dos participantes é um elemento central das abordagens qualitativas. Neste quadro, *“a atenção dos investigadores incide sobre a realidade tal como é percebida pelos indivíduos”* (Fortin, 2003, p. 149). Assim, procedemos a um estudo alicerçado na observação (em contexto real), numa perspectiva de investigação interpretativa, que visou estudar a problemática da relevância da informação documentada pelos enfermeiros para os médicos, *“ (...) fenómeno no seu ambiente natural, esforçando-se por encontrar o seu sentido, ou interpretá-lo nos termos dos significados que as pessoas lhes atribuem”* (Denzin & Lincoln, 1994, p. 2).

Os estudos de observação, acompanhados da elaboração de notas de campo e entrevistas (não estruturadas) permitem o estudo exploratório aprofundado de uma realidade no seu “terreno” (Fortin, op. cit.). *“Esta metodologia é uma estratégia de investigação compreensiva que pode ser usada para descrever, explorar, perceber ou avaliar um fenómeno com interesse profissional nos diferentes contextos”* (Anthony & Jack, 2009, p. 1177), por permitir o estudo de um conjunto de características dos eventos da vida real. Com efeito, as questões relativas à problemática da (relevância) da informação nos serviços de saúde, de acordo com Goossen (2000), são, muitas vezes, função de um conjunto de circunstâncias locais, concretas e contextualizadas.

4.2.2. Abordagem quantitativa: fase II

A utilização de questionários, construídos a partir daquilo que vai sendo descrito na literatura e/ou nos estudos (prévios) de perfil exploratório e qualitativo, tem vindo a ser

cada vez mais acentuada no âmbito da investigação em Enfermagem (Sullivan & Brye, 1983; Couper, 1984; Duffield, 1993; Beretta, 1996), bem como na área dos SIE (Lemmer, 1998; Chocholik et al, 1999; Goossen, 2000; Cardoso, 2003; Sousa, 2006). Desta forma, procura-se descrever regularidades e perceber tendências, factos que podem ser muito úteis para o desenho de soluções “*que funcionem*” (Pereira, 2007).

Durante a segunda fase do estudo, com recurso ao questionário construído a partir dos resultados da fase exploratória qualitativa, pretendemos construir consensos, entre os médicos, acerca da informação (documentada pelos enfermeiros) relevante para o seu exercício. A utilização deste tipo de abordagem metodológica tem sido recorrente na área dos SIE (Goossen, 2000; Sousa, op. cit.; Pereira, op. cit.).

O recurso a questionários permite a geração de consensos entre largas amostras de participantes nos estudos (Hill & Hill, 2002), aumentando, assim, o potencial de inferência da utilidade dos resultados para contextos mais alargados (Pestana & Gageiro, 2000; Linstone & Turoff, 2002).

4.3. Estratégias de Recolha de Dados

As estratégias de recolha de dados a que recorreremos foram distintas, em cada uma das fases do estudo.

4.3.1. Da fase I

Como já tivemos oportunidade de salientar, a primeira fase do estudo procurou identificar os aspectos centrais da problemática da relevância da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, na óptica dos médicos. Assim, aquilo que se procurou foi a identificação dos aspectos essenciais do problema, de forma a organizar a segunda fase do estudo, com base em elementos mais concretos e ancorados na realidade em estudo. Para isso recorreremos à observação, complementada com algumas entrevistas pontuais, que tiveram como mote alguns conteúdos observados. No sentido da concretização da fase I do estudo foi efectuado um pedido de autorização ao CHP, que emitiu a respectiva autorização (Anexo 1).

• A Observação

A observação e análise dos momentos de partilha de informação entre os dois grupos profissionais – enfermeiros e médicos – constituem as estratégias centrais de recolha de dados nesta fase da investigação. Além disso, como vimos, foram efectuadas entrevista focadas, aos médicos, orientadas para a clarificação de alguns aspectos resultantes da observação.

Na perspectiva de Denzin & Lincoln (1994) a observação participante poderá ser definida como a estratégia que no campo permite articular vários elementos como a análise documental, a entrevista aos participantes, a participação nas observações e até mesmo a própria introspecção.

A observação participante serve para obter dos indivíduos as suas definições da realidade e os constructos que organizam o seu mundo, uma vez que todo ele se expressa mediante pautas de linguagem e comportamentos específicos, muito enraizados no contexto estudado (Goetz & Lecompte, 1988). Assim, é importante que o investigador conheça/domine a linguagem utilizada pelos indivíduos, daí a vantagem do facto da realização da fase exploratória no serviço onde o investigador principal exerce funções.

A observação realizada foi, eminentemente, do tipo participante, dada a nossa familiaridade (enfermeira do Departamento) com o contexto. Urge clarificar que, quanto à forma como realizamos a observação, procedemos com base nas orientações propostas por Leininger (1991). Leininger foi, talvez, a enfermeira que mais recurso fez à observação, enquanto procedimento de recolha de dados; propondo-nos uma metodologia progressiva de desenvolvimento da observação, que se inicia com a “*observação*” (para entrar no terreno), evoluindo para a “*observação com progressiva participação*” (para ganhar a confiança dos participantes/observados), a que se segue a “*observação reflexiva*” (focada na pesquisa).

No nosso percurso de observação, fomos rapidamente avançando para a “*observação com participação*”, facto facilitado pelo nosso exercício profissional no serviço. Aqui, a maior dificuldade e desafio que se coloca ao investigador que estuda no “*seu habitat*”, de acordo com Morse e Field (1998), é a clarificação do papel de investigador, perante os “*conhecidos*”. Para isso, fomos “*inicialmente participativos como observadores*”, acompanhando os enfermeiros e os médicos nas suas actividades, nunca assumindo

qualquer responsabilidade pelos cuidados. Progressivamente, à medida que fomos percebendo o impacto mínimo que gerávamos nos colegas e nos médicos do serviço, fomos enveredando pela “*observação reflexiva*”. A adopção desta estratégia foi facilitada pelo facto dos enfermeiros e médicos estarem habituados à nossa presença, agindo com naturalidade e de acordo com aquilo que normalmente se passa no quotidiano.

Contudo, ao implementar um programa de observação participante, o pesquisador deve estar consciente que, “... *é impossível conduzir o trabalho de campo 24 horas por dia, pelo que é inevitável tomar uma amostra por lapsos temporais...*”, por outro lado, “*se se realizam longos períodos de observação o material torna-se desordenado e assistemático*” (Hammersley e Atkinson, 1994, p. 62). Completamos um total de 98 horas de observação, durante o período compreendido entre 26 de Maio a 27 de Junho de 2008.

Relativamente aos períodos de observação, produzimos “notas de campo”, seguindo as orientações descritas na literatura (Goetz & LeCompte, 1988; Morse & Field, 1998). Estas notas de campo foram efectuadas logo que possível, para que traduzissem da forma mais fidedigna possível os acontecimentos. Este tipo de notas não são simples diários de campo, tendem a ser mais abrangentes, analíticas e interpretativas do que uma simples enumeração de ocorrências. Correspondem a uma síntese e compreensão do material recolhido durante a observação.

O formato utilizado contemplou a descrição do observado, as nossas notas pessoais, onde fomos registando as nossas “impressões”, o registo de questões metodológicas, onde registamos alguns itens a explorar nas próximas observações ou nas entrevistas e, finalmente, um espaço para a produção diária das nossas notas analíticas e interpretativas relativas ao material reunido.

Independentemente dos diferentes participantes, optámos sempre por salvaguardar o seu anonimato, identificando-os com letras enigmáticas. Assim, os participantes no estudo foram identificados com letras como X, Y ou Z.

Organizamos a nossa presença no terreno de forma a ser-nos possível contactar com o máximo de participantes (em especial médicos), com o intuito de alargar as nossas “*fontes de informação*”. Durante estes períodos procuramos desenvolver uma

aproximação cada vez mais selectiva à informação e às suas fontes, iluminados pelas nossas questões de investigação e por aquilo que entretanto emergia.

O material que foi resultando da observação foi sendo analisado e forneceu-nos orientações decisivas para a realização de algumas entrevistas (focadas) com alguns dos participantes, considerados como “*informantes – chave*” (Flick, 2005). As entrevistas foram realizadas recorrendo a três “*informantes-chave*” (médicos), que de alguma forma, representavam as três posturas distintas que emergiram durante os períodos de observação. Independentemente da sua expressão quantitativa, percebemos a existência de médicos que atribuíam máxima relevância à informação documentada pelos enfermeiros, outros que se colocavam no pólo diametralmente oposto e um outro grupo que tinha uma opinião mais variável, com níveis de relevância atribuída à informação que dependia da própria informação, do seu conhecimento dos clientes...

Neste tipo de abordagem exploratória é impossível prever a sua duração e dimensão das amostras, aspectos que, de acordo com a literatura, são ditados pela verificação da saturação dos dados. Assumimos que não fizemos a completa saturação dos dados, por imperativos de tempo disponível para a concretização do estudo, facto que se constituiu como uma limitação desta investigação. Contudo, acreditamos que fomos capazes de captar o essencial.

• AS Entrevistas

As entrevistas são uma técnica de recolha de dados amplamente utilizada nos estudos qualitativos e exploratórios, com carácter complementar à observação. Podem ser vistas como “*(...) uma série de conversas (...) em que o investigador lentamente introduz novos elementos para ajudar os informantes a responder*” (Spradley, 1979, p. 58). Esta técnica tem grandes potencialidades na colheita de informações “*(...) relativas aos factos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes (...)*” das pessoas (Fortin, 2003, p. 245).

As entrevistas semi-estruturadas são especialmente indicadas nas situações em que o investigador “*(...) sabe a maior parte das questões que quer colocar mas não é capaz de prever as respostas*” (Morse & Field, 1998, p. 76). No âmbito do nosso estudo, o que foi emergindo através da observação permitiu-nos delimitar um conjunto de temas a explorar com mais profundidade. Neste tipo de entrevistas a lista de temas de que nos

falam Hammersley e Atkinson (1994) pode ser entendida como o guião orientador da conversa, que “(...) *fornece um inventário dos temas a cobrir*” (Fortin, 2003, p. 247). Aí, encontramos as grandes linhas a explorar, sem uma ordem predeterminada. A predefinição da entrevista não é adequada às fases exploratórias das pesquisas, uma vez que o grande objectivo destas entrevistas é desenvolver um plano de informalidade, promotor da liberdade e criatividade de expressão dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas e registadas em suporte digital, para posterior processo de análise. Também aqui foi salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos entrevistados, que acederam a participar de forma livre e informada.

Todas as entrevistas foram realizadas no espaço físico do serviço de Cirurgia 3 do HSA, normalmente no gabinete médico, de acordo com a disponibilidade e vontade de cada um dos informantes. A duração das entrevistas variou entre 30 a 120 minutos.

4.3.2. Da fase II

Conforme tinha sido projectado, na segunda fase do estudo, recorreremos a uma abordagem de perfil quantitativo, consubstanciada na utilização de um questionário que foi lançado a todos os médicos a exercerem funções no departamento de Cirurgia do CHP. O objectivo desta segunda fase do estudo foi a produção de “consensos” acerca da informação recolhida e documentada pelos enfermeiros e mais relevante para os médicos. A implementação desta fase só foi possível após novo pedido de autorização ao CHP, formalizado ao DEFI (Departamento de Ensino, Formação e Investigação), com pedido de autorização a cada um dos directores de cada serviço do Departamento de Cirurgia e, posterior emissão da autorização para realização da segunda fase pelo Conselho de Administração do CHP (Anexo 2).

Os questionários são um procedimento de recolha de dados amplamente utilizado na investigação, quando o objectivo é recolher informações em grandes populações/amostras (Balnaves & Caputi, 2001). Para além do mais, tem sido uma técnica com grande utilização na área dos SI, em particular nos estudos que se centram em abordagens aos utilizadores (DeLone & McLean, 2003), como é caso desta investigação. A utilização de questionários nos estudos de investigação na área dos SIE, em Portugal, tem sido regular, muito por força da necessidade de ir definindo modelos

de dados que sejam significativos para os potenciais utilizadores (Silva, 2001; Sousa, 2006; Pereira, 2007).

Assim, com base naquilo que emergiu da primeira fase do estudo, construímos um questionário (Anexo 3) com o objectivo de identificar a informação relevante para os médicos, que resulta das actividades de recolha, processamento e documentação pelos enfermeiros do Departamento de Cirurgia do CHP.

Na construção do questionário adoptamos as orientações metodológicas deste tipo de instrumento de recolha de dados (Marconi & Lakatos, 1985; Ketele & Roegiers, 1993; Fortin, 2003), bem como a sua pré – testagem. O pré – teste foi realizado no serviço de Cardiologia do HSA, a seis médicos. A opção por este serviço derivou do facto de, em termos de dinâmica de utilização dos módulos dos SI médico e de Enfermagem (SAM e SAPE, respectivamente) serem similares ao Departamento de Cirurgia. Da pré-testagem não resultaram alterações significativas na estrutura do instrumento.

Em função dos resultados da “fase I”, montamos um instrumento capaz de nos informar sobre dois constructos importantes e indissociáveis: “*Relevância*” e “*Acessibilidade*” da informação. Cada uma das questões definidas foi operacionalizada numa escala ordinal do tipo *Likert*, entre diferenciais semânticos (“*Pouco relevante – Muito relevante*” e “*Pouco acessível – Muito acessível*”).

As principais dimensões da informação incluídas no questionário foram organizadas em função do modelo de análise da informação de Enfermagem definido por Silva (2001), no âmbito de um estudo pioneiro na área dos SIE e que permitiu definir o modelo de dados que suporta o SAPE (módulo de Enfermagem que é utilizado no Departamento de Cirurgia do CHP e num grande número de serviços de saúde do país) (cfr. Silva, 2001).

4.4. Tratamento e Análise dos dados

Os procedimentos de análise dos dados que resultaram de cada uma das fases do estudo guardaram uma estreita relação com o tipo de estratégia de recolha de dados e o tipo de estudo realizado, em cada momento.

4.4.1. Da fase I

O material que resultou da primeira fase do estudo foi objecto de análise de conteúdo, de perfil interpretativo e iterativo (Denzin & Lincoln, 1994), logo sem categorias *à priori*, com recurso à ferramenta informática de análise NVIVO[®]. Neste sentido, foi efectuada análise à informação resultante das notas de campo e entrevistas categorizando-a. Contudo, à medida que fomos realizando a “*análise aberta, axial e selectiva*”, de acordo com o modelo de Strauss & Corbin (2002), percebemos que o modelo que tinha servido para estruturar o questionário, também era (compreensivelmente) útil para organizar os “achados”. De acordo com aqueles autores, a literatura pode fornecer ideias e modelos capazes de ajudar o trabalho interpretativo do investigador. Na nossa opinião, o facto de o questionário estar imbuído na lógica estrutural proposta por Silva (2001), assim como a nossa própria apropriação do modelo (fruto do nosso percurso académico e científico), levaram-nos a adoptar o referido modelo da organização dos dados.

Na realidade, a ferramenta que utilizamos para a análise (NVIVO[®]), não substitui o investigador no trabalho final de organização selectiva dos achados.

4.4.2. Da fase II

O carácter quantitativo da segunda fase do estudo ditou que os dados que resultaram do questionário fossem submetidos aos procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial, capazes de responder aos objectivos da segunda fase da investigação. Para isso, utilizamos a ferramenta PASW 18.0[®].

Nos capítulos relativos à apresentação e discussão dos resultados faremos referência mais específica às opções estatísticas realizadas. Contudo, em termos genéricos, para efeitos dos procedimentos estatísticos inferenciais, recorreremos, preferencialmente, a “testes não paramétricos”. Esta opção foi ditada por um conjunto de circunstâncias, que assinalamos:

- a) *A amostra obtida na segunda fase do estudo é “não probabilística”; correspondendo a uma amostra de conveniência, com “apenas” 51 casos;*
- b) *As variáveis originais em estudo (para além das variáveis de atributo dos respondentes) são ordinais;*

- c) *Apesar das variáveis computadas a partir das originais - consideradas como “dependentes” - e envolvidas nos testes inferenciais serem quantitativas, nem sempre aderem à normalidade;*

Esta nossa opção alinha com a visão dominante da literatura, apesar de existirem vários autores que não impõe critérios são restritivos para o recurso a testes paramétricos.

5. Resultados

Este capítulo está organizado em função das duas fases do estudo. Assim, apresentamos de forma separada os resultados obtidos com cada uma das abordagens para, no final produzir um discurso agregador e de síntese.

5.1. Da Primeira Fase do Estudo

Esta fase do estudo foi realizada utilizando como recurso a observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Neste ponto procurámos dar conta das possíveis respostas, que os nossos dados oferecem às perguntas que delinearam a investigação. Deste modo, pretendemos ir de encontro às questões que se prendem com a natureza da informação, assim como, os repositórios da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros e que é relevante para os médicos.

5.1.1. Participantes

Como referimos na secção relativa aos métodos, a primeira fase do estudo decorreu no serviço de Cirurgia 3 do HSA. Para além dos enfermeiros do serviço, participaram nesta fase do estudo todos os médicos que aí exercem funções. No trabalho de campo, procuramos realizar períodos de observação que nos permitissem interagir com todos os médicos. As entrevistas individuais foram realizadas com três “*informantes – chave*”(Flick, 2005), que correspondem a três médicos do serviço, que de alguma forma, representam três perfis distintos de abordagem à relevância da informação.

O conceito de “*informante – chave*” está intimamente associado à investigação social e de terreno, que tem como um dos seus expoentes máximos Spradley (1979). À partida “... *qualquer um pode ser informante, mas nem todos são bons informantes*” (Idem, p. 45). Os “*informantes – chave*” são indivíduos na posse de conhecimentos, *status* ou destrezas comunicativas especiais e que estão dispostos a cooperar com o investigador (Goetz e LeCompte, 1988).

Para que alguém possa ser considerado um bom informante importa que reúna algumas características. Assim, foi para nós importante que fossem médicos que, para além de estarem dispostos a participar nas entrevistas, estivessem completamente envolvidos na

dinâmica do serviço. A posse e compreensão dos aspectos particulares do serviço/realidade contextual são na opinião dos investigadores sociais, um factor de extrema importância na selecção dos “*informantes – chave*”, o que decorre, em grande medida, do envolvimento que cada um tem com o meio. A disponibilidade para participar no estudo de forma interessada e motivada foi outro dos aspectos que consideramos ao seleccionar os nossos informantes, tal como nos recomenda a literatura. De forma, a poder ser validade a voluntariedade da participação no estudo foi pedido aos participantes a assinatura de um consentimento informado (Anexo 4) e, folhes entregue um documento informativo acerca do estudo (Anexo 5).

5.1.2. Da informação relevante

O principal objectivo da investigação que produzimos e, relatamos neste documento, estava orientado para a identificação da informação recolhida e documentada pelos enfermeiros e que se mostra relevante para os médicos. Contudo, no processo de pesquisa que desenvolvemos, em particular na sua fase exploratória de perfil qualitativo, fomos criando a convicção que a “*relevância da informação*” é “*contexto – dependente*”. Quer isto significar que existem diversos aspectos que se constituem como fundamentos do valor atribuído pelos médicos à informação.

- **Os fundamentos**

Por força daquilo que foi emergindo do trabalho de campo da primeira fase do nosso estudo, percebemos que falar de informação relevante implica discutir o “valor” que é atribuído pelos participantes aos diferentes itens de informação. Este valor configura um conglomerado de aspectos que definem um atributo que é concedido pelos participantes (médicos) à informação. Como vimos na secção dos métodos, a perspectiva epistemológica que iluminou a primeira fase do estudo visou a identificação de “*exemplaridades*”. Quer isto significar que os dados que apresentamos nesta secção não representam, necessariamente, regularidades. Todavia, a análise que fizemos também nos permitiu identificar “*traços dominantes*” da problemática, pelo que, nalgumas circunstâncias, faremos referência a tais traços.

Dissemos que a relevância da informação, para os médicos, à semelhança daquilo que acontece com outros grupos profissionais (Pereira, 2001) é “*contexto – dependente*”. Ao falarmos em “contexto” referimo-nos a três dimensões que nos são propostas por

LeBoterf (1994; 1998): o “*contexto do(s) sujeito(s)*”, o “*contexto da acção*” e o(s) “*contexto(s) da(s) profissão(ões)*”. Quer isto dizer que a relevância da informação, no quadro daquilo que resultou deste estudo, é influenciada por aspectos intrínsecos aos médicos, por factores associados à realidade específica do serviço de Cirurgia 3 do HSA e, ainda por questões relativas à natureza das profissões (Médica e de Enfermagem).

Le Boterf construiu este modelo para explicar o processo de desenvolvimento do profissionalismo e das relações que lhe estão na origem e que dele (profissionalismo) derivam. Diz-nos o autor que as relações profissionais e as competências que lhe estão associadas “...se constroem no cruzamento de três domínios...” (1998, p. 52), ou seja, do “*contexto da profissão*” e respectivos modelos e concepções profissionais; do “*contexto da acção*” onde se incluem, essencialmente, as condições materiais e objectivas dos espaços de trabalho, as lógicas formais e informais da sua organização e as relações que aí se estabelecem; e do “*contexto dos sujeitos*” e respectivos sistemas de disposições, capacidades e conhecimentos.

A utilidade deste modelo, para efeitos deste estudo, radica na sua simplicidade e no facto de, anteriormente, já ter sido utilizado por outros autores (Rebelo, 1998; Pereira, 2001) para abordarem questões semelhantes àquela que aqui queremos discutir: o valor atribuído à informação. No entanto, importa salientar que não é nosso objectivo ficar demasiadamente ancorados no modelo proposto por LeBoterf. O referido modelo apenas representa um esquema teórico capaz de nos ajudar a organizar e tornar mais explícita a análise. Os três “contextos” referidos, de acordo com aquele autor, entrecruzam-se, existindo assim aspectos que se sobrepõem.

✓ ***Do contexto dos sujeitos***

Neste domínio incluem-se questões relativas a disposições e atitudes dos participantes, o nível de conhecimento que têm dos clientes e alguns comportamentos, por vezes, “auto – defensivos”.

Quando nos referimos a atitudes utilizamos a significação consensual que radica em aspectos prévios ao comportamento, que funcionam como “*mediadores*” entre a forma de pensar e de agir dos indivíduos (Lima, 1993; Hogg & Vaughan, 1998; Hogg & Tindale, 2001), que acabam por influenciar as relações nos grupos e organizações.

Durante o trabalho de campo percebemos a existência de diferentes (pré – disposições), por parte dos médicos, relativamente à informação disponibilizada pelos enfermeiros. Com efeito, tais disposições distribuem-se por um espectro que tem como extremos, por um lado, o reconhecimento do elevado valor daquela informação e, por outro, a assunção das limitações e a incipiente relevância dos dados que resultam da actividade dos enfermeiros.

Os excertos que reproduzimos das notas de campo e das entrevistas com os “informantes – chave” procuram ilustrar posicionamentos dos médicos mais próximos do pólo que atribui grande relevância à informação produzida pelos enfermeiros.

“Mal dos hospitais se os enfermeiros não fizessem os seus registos, independente do que os médicos pedem; então não haveria registos de nada” (Drº X¹)

Notas de campo

“O que nos vale são as metodologias de enfermagem que suportam os registos do doente” (Drº Y)

Entrevista

“Já reparei que vocês documentam coisas que não dependem da prescrição médica. Registam algumas coisas para além disso, o que está muito bem e é importante para nós. (Drº Z)

Entrevista

A relevância atribuída à informação que resulta da actividade dos enfermeiros é reforçada pelo facto dos resultados e ganhos em saúde verificados serem altamente dependentes dos dados disponibilizados pelos enfermeiros aos médicos.

“Há muitas coisas da prática de enfermagem que se reflectem naquilo que é a planificação dos cuidados e os resultados que obtemos, em função desses cuidados e desses dados que vocês nos dão. É com os vossos dados que eu trabalho (Dr. X)

Entrevista

Por outro lado, ainda no âmbito das questões relativas às atitudes que ajudam a compreender a relevância atribuída pelos médicos à informação documentada pelos enfermeiros nos SI, devemos destacar um posicionamento revelador de algum “cepticismo”, por parte de alguns de alguns médicos.

¹ A utilização de letras como X, Y ou Z ao longo dos diferentes excertos das notas de campo e das entrevistas não significa que os respectivos trechos sejam sempre relativos aos mesmos participantes.

Como habitualmente, o Dr. X vai chamar a enfermeira Y, sem consultar o sistema de informação. Este tem sido um facto reiterado... não consultar o sistema de informação.

Notas de campo

“Não sei se (o Sistema de Informação) cumpre outras coisas lá por dentro; se os dados dão para fazer muitos trabalhos e estudos... e muitas coisas. Tenho a noção clara que para o dia-a-dia de enfermagem e para o dia-a-dia dos médicos não é nada útil. (Dr. Z)

Entrevista

Tal como o modelo de Le Boterf (1998) nos sugere, os aspectos incluídos nos diferentes contextos interagem e dependem uns dos outros. Neste sentido, a evidência de algum “cepticismo” aos SI e aos dados que contêm, pode ser associado a um certo grau de dificuldade de uso das TIC.

Dizia-me o Dr. X:

“Fazer a prescrição electrónica já é difícil, quanto mais ver os registos... Ontem ajudaram-me a imprimir as atitudes terapêuticas e já foi bom!”

Notas de campo

De acordo com DeLone & McLean (2003), na avaliação dos impactos da implementação e utilização de SI suportados nas TIC, a variável utilidade percebida pelos utilizadores e facilidade de uso (associada ao conceito de “literacia tecnológica”) são questões que devem ser equacionadas. Muitas das resistências denotadas pelos indivíduos aos processos de implementação de sistemas suportados nas TIC estão relacionadas com algumas estratégias de “auto – defesa” (Silva, 2006).

Compreensivelmente, o nível de conhecimento que os médicos têm dos clientes constitui outros dos aspectos relativos ao contexto dos sujeitos que influencia o valor atribuído à informação.

“Por exemplo: os médicos internos – os mais jovens –, com doentes novos, procuram o máximo de informação para transmitir ao médico especialista, para que este possa tomar decisões. Vemos e sabemos isto: querem muitos dados.” (Dr. X)

Entrevista

Inicia-se a visita médica. O médico não conhece bem o doente, que é um novo caso (alerta a enfermeira para esse facto). A enfermeira responsável leva consigo todos os apontamentos e um computador portátil para transmitir toda a informação. Sabe que a quantidade de informação que vai ser necessária é grande.

Notas de campo

O conhecimento que os médicos detêm relativamente a cada um dos clientes é, assim, uma das variáveis do contexto dos sujeitos que influencia o valor e relevância da informação. Contudo, ao contrário de aspectos como as atitudes e disposições, o “nível de conhecimento dos clientes” é muito circunstancial. Um determinado dado é relevante (com potencial de *informar*) se, como já nos diziam Shannon & Weaver (1949, cit. por Losee, 1997) representar “*algo de novo*”, que nos permita “*reduzir a incerteza*”. A partir do momento em que aquele dado deixa de representar “*algo de novo*”, perde valor e relevância.

Ackoff (cit. por Lussato, 1995, p. 62) tornou evidente que, num regime de (sobre)abundância de informação, é importante a “filtragem”, uma vez que é possível que, atolados em informação, os utilizadores não captem o essencial, o “*core*” do problema. Podemos dizer que, quando existem muito dados, o excesso de informação acaba por banalizar a informação relevante.

“Ela (refere-se à enfermeira que acompanha os médicos na visita) vai-me chamando à atenção para algumas coisas que eu posso não ter valorizado, até porque não presenciei, eu não vi naquele emaranhado de coisas escritas no computador; e ela vai-me chamar a atenção disso. É importante.” (Dr. X)

Entrevista

É neste quadro que as realidades concretas de cada contexto de acção procuram definir estratégias e “modelos de organização” capazes de, naquilo que aqui nos interessa, não diluir a informação relevante num “*emaranhado de dados*”.

- ***Do contexto da acção***

Relativamente aos aspectos do contexto da acção que, de acordo com os dados que resultaram da primeira fase do estudo, tendem a influenciar o valor atribuído pelos médicos à informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, destacam-se elementos inscritos nos “modelos e regras” formais e informais de organização do serviço de Cirurgia 3. Aqui merecem referência normas (implícitas) de actuação dos profissionais, tradições e rotinas do serviço e, em certa medida, a existência de “padrões assistenciais” ou “roteiros clínicos” que, não estando suficientemente formalizados, também radicam nas rotinas e tradição do serviço. Aliás, a existência deste tipo de “rituais” e “regras” nos serviços é um facto já descrito anteriormente em estudos realizados em hospitais portugueses (Carapinheiro, 1993), em

particular num estudo desenvolvido por Basto (1998); estudo que tomou por foco a problemática dos “registos de Enfermagem”.

Um traço característico do serviço de Cirurgia 3, à semelhança daquilo que acontece na maioria dos serviços hospitalares, em particular de perfil cirúrgico, é a “visita médica”. Esta é realizada pelos cirurgiões, muitas vezes (e compreensivelmente) apressados pelas imposições das listas cirúrgicas. Este facto constitui um forte entrave à consulta dos SI, ainda para mais se estes comportarem problemas de acessibilidade à informação (aspectos que retomaremos *à posteriori*).

Toda a visita médica foi rápida e eminentemente unidireccional (dos médicos para os enfermeiros). Os enfermeiros, para além de receberem as indicações, já tinham preparada e reunida, numa folha, toda a informação que pudesse ser necessária ao médico. Toda a informação que os médicos poderiam necessitar já tinha sido consultada pelo enfermeiro no sistema (de informação) e organizada num rascunho.

Notas de campo

No sentido de viabilizar e organizar a informação necessária aos médicos, para efeitos dos seus processos de decisão, uma das estratégias desenvolvida pelo serviço, há já muitos anos e que integra os seus “modelos” de organização dos cuidados, passa pela existência, no turno da manhã, de uma enfermeira, designada como “responsável”. O cerne da actividade desta enfermeira está focado na reunião de toda a informação (relevante) potencialmente útil aos médicos. A informação a que os referimos é registada numa folha denominada por “*Gestão de Cuidados*” (Anexo 6), na qual estão incluídos parâmetros das vigilâncias das últimas 24 horas, tais como, drenagens, exames complementares de diagnóstico agendados e, ainda, o registo de “*complicações e lembretes*”.

Como nos dizia um dos participantes:

“No fundo, o que ela (refere-se à enfermeira responsável) faz é: recolher do sistema e do conjunto de pessoas que esteve a trabalhar durante os turnos, e que presenciou um conjunto de alterações ou de coisas do tipo de anormalidades, todos os dados que nos são necessários... ela reúne aquilo tudo, é a nossa, passo a expressão, tabela.” (Dr. X)

Entrevista

Esta figura – “enfermeira responsável” – representa um traço identitário do serviço, inscrito de forma indelével na sua lógica organizacional de gestão da informação relativa aos clientes. Dizia-nos uma das enfermeiras que exerce aquelas funções:

Digo-lhe: “Essa informação está no sistema. Faz sentido manter este papel?”

“Está no sistema, mas sabes que tem problemas... mas, ensinaram-me assim e por isso... E estou cá de manhã...” (Enf.^a X)

Notas de campo

Um dos argumentos aduzidos pelos participantes, durante as conversas informais que fomos tendo, ao longo do trabalho de campo, para a necessidade de perpetuar a figura da “Enf.^a responsável” é traduzido no excerto das notas de campo que se segue.

“Os sistemas de informação não substituem... não podem substituir o contacto entre os profissionais de saúde e, além disso, a enfermeira responsável fornece-me toda a informação relevante ao meu processo de tomada de decisão. É muito importante este contacto.” (Dr. X)

Notas de campo

Concordamos. Os SI “*Não podem (...)*” (Notas de campo) substituir as relações entre os profissionais de saúde. Podem antes, otimizar tais relações, se mais não for, libertando “*espaços e tempos*” para a abordagem de outros aspectos relativos à assistência dos clientes... Com efeito, a implementação de SI suportados nas TIC à escala dos serviços de saúde, pode ser encarada como um desafio para (re)inventar e inovar nos processos de trabalho (Shortliffe & Brody, 2006).

O receio expresso pelos participantes relativamente à diminuição da intensidade e qualidade da interacção entre profissionais (enfermeiros e médicos), alinha com aquilo que tem sido descrito na literatura como uma das barreiras ao uso efectivo dos SI (Fung et al., 2004). Actualmente, no contexto do serviço de Cirurgia 3, comparativamente àquilo que acontecia antes da implementação do SAPE e do SAM, a informação produzida pelos enfermeiros tem uma componente narrativa muito menor, o que também pode constituir uma barreira à partilha de dados com os médicos. “*A perda de discussão narrativa pode ser problemática para alguns médicos, e o seguimento das avaliações pode se tornar tão complicada que o médico raramente se aventura e simplesmente solicita aos enfermeiros informação sobre os acontecimentos das mudanças actuais e anteriores*” (Friedman, Halpern, & Fackler, 2007, p. 366).

Ainda no âmbito dos factores do contexto da acção, parece-nos oportuno sublinhar um outro facto, que designamos como “roteiros clínicos” expectáveis. A adopção de “*clinical pathways*” constitui um marco essencial dos processos assistenciais de qualidade (Campbell et al 1998; Donabedian, 2003; Anderson, Helms & Kelly, 2004;

Vanhaecht, Bollmann & Bower, 2006). Não é intenção deste relatório abordar o nível de formalização que, à escala do serviço de Cirurgia 3, tais “roteiros clínicos” evidenciam. Contudo, daquilo que nos foi possível observar, parece-nos que de facto, existem “roteiros clínicos” (mais ou menos formais) que iluminam as práticas. Estes guias orientadores estão baseados num “padrão de normalidade” de evolução dos quadros clínicos dos clientes, pelo que, naquilo que se reporta à informação, o que releva “... são os aspectos intercorrentes...” ou “... as anormalidades.” (Notas de campo). A este respeito, um dos médicos participantes no estudo usava a expressão verdadeiramente ilustrativa:

“O que tem valor médico é, eventualmente haver uma caixa de surpresas para cada doente; essas surpresas são os aspectos intercorrentes. Por exemplo: (...) as intolerâncias à medicação (...) uma drenagem pequena, mas patológica...” (Dr. X)

Entrevista

Nesta sequência, aquilo que sustenta a relevância de um determinado dado radica no facto desse mesmo dado ser um indicador de um “desvio”, relativamente àquilo que era expectável, ao padrão de normalidade.

“... algo de novo, que não estava a acontecer com o doente, que pode ser sinalizador de complicação.” (Dr. X)

Entrevista

“... algum apontamento diferente do habitual, do que era esperado... complicações.” (Dr. Y)

Notas de campo

Do grupo de factores contextuais da realidade do serviço onde decorreu a primeira fase do estudo, sublinhamos alguns aspectos relativos à tradição e rotinas do serviço. Julgamos poder afirmar que tais “rotinas” são também um produto daquilo que são, no modelo de Le Boterf (1998), aspectos do “contexto da(s) profissão(ões)”.

- ***Do contexto da(s) profissão(ões)***

Não restam dúvidas que, ao equacionarmos os factores que fundamentam o valor atribuído pelos médicos à informação que resulta da actividade dos enfermeiros, urge assinalar aquilo que tradicional e historicamente têm sido as relações e interacções entre aqueles dois grupos profissionais. Não nos interessa produzir qualquer tipo de análise

dos dados que resultaram da primeira fase do estudo, com base em lógicas corporativas, até porque este documento é um relatório científico.

Como vimos, muitos dos aspectos a que aludimos nas páginas anteriores, quer relativos ao domínio do “*contexto dos sujeitos*” quer do “*contexto da acção*”, são produto daquilo que, tradicionalmente são as relações entre as duas profissões: médicos e enfermeiros.

“Não consulto o sistema (de informação) e coloco todas as questões à enfermeira responsável, porque isso é a obrigação dela.” (Dr. X)

Entrevista

“... estou cá de manhã para isso, o meu papel é muito esse...” (Enf.^a Y)

Notas de campo

As atribuições da “Enf.^a responsável”; os factos associados à “visita médica”; a existência de alguns médicos que evidenciam alguma relutância em utilizar os SI ancorados em suportes informáticos, recorrendo sistematicamente aos enfermeiros, resulta das lógicas e história da profissionalização dos enfermeiros. Esta tem-se feito, sobretudo, em contextos marcados pelos saberes médicos (Collière, 1989; Carapinheiro, 1993). De acordo com Basto (1998), “*o facto dos valores médicos dominarem a cultura hospitalar...*” (p. 93) acaba por influenciar toda a lógica de registo de dados dos enfermeiros. Os estudos de Silva (1995, 2001) e de Sousa (2006) tornam evidente a mesma realidade. Contudo, tal como referem estes autores, isto não é necessariamente, um problema. O ambiente da saúde é multiprofissional e, neste contexto, aquilo que importa considerar são formas de potenciar a articulação entre os diferentes grupos profissionais e os seus recursos informacionais, em favor da qualidade dos cuidados (Pereira, 2007).

Uma vez identificados os múltiplos factores que, à escala do serviço onde foi realizada a primeira fase do estudo, influenciam o valor atribuído à informação, importa evoluir na descrição dos itens de informação documentada pelos enfermeiros e que se mostra relevante para os médicos.

• O teor da informação relevante

Julgamos adequado retomar uma ideia que resulta da abordagem metodológica adoptada para este estudo e, em particular, para a sua primeira fase. Assim, quando avançamos na descrição do teor da informação relevante, referimo-nos a uma realidade específica – Cirurgia 3 do HSA – e baseamo-nos naquilo que fomos capazes de, no

trabalho de campo, captar. Desta forma, aludimos às limitações que decorrem do desenho do estudo e do (limitado) potencial de generalização dos seus resultados.

Os dados disponíveis no final da primeira fase da investigação permitem-nos afirmar que, o conteúdo da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, que releva para efeitos do exercício profissional dos médicos, organiza-se em três categorias: i) “*Parâmetros de vigilância*”; ii) “*Medicação e atitudes terapêuticas*”; e iii) “*Dados intercorrentes*”.

- **Parâmetros de vigilância**

Dentro desta categoria incluímos itens que resultam das actividades de vigilância de parâmetros fisiológicos dos clientes, como os sinais vitais, as “drenagens”, o controlo metabólico (glicemias capilares), o balanço hídrico, entre outros. Estes aspectos representam os conteúdos das “*folhas de vigilância*” (Anexo 7), que eram colocadas ao “*fundo da cama*” e que existia antes da introdução do SAPE e do SAM, onde era feito o registo da “*vigilância de 24 horas*”.

Ora bem, as vigilâncias de 24 horas, aí encontro a informação que necessito (...). A mais importante, logo de início, os dados vitais e, depois, informação da mesma forma relevante, como as drenagens dos drenos cirúrgicos e as suas características e alguma outra informação...” (Dr. X)

Notas de campo

Sabemos que o diagnóstico e a decisão clínica, no âmbito das profissões da saúde, podem ser entendidos como processos dinâmicos de recolha, processamento e análise de dados (Carnevali & Thomas, 1993; Kreiter & Bergus, 2000; Jesus, 2004; Stempsey, 2009). Neste quadro, percebemos a utilidade dos parâmetros de vigilância para efeitos da prática clínica dos médicos.

“Por exemplo: olhar para um gráfico de temperatura e a tirar ilações clínicas desse gráfico, quanto aos aspectos de diagnóstico desse doente, isto é: há um perfil gráfico de uma febre de um linfoma, por exemplo... daí tiramos dados para as nossas decisões.” (Dr. X)

Entrevista

O valor atribuído aos parâmetros incluídos nesta categoria, de acordo com o que emergiu no estudo, também radica na utilidade percebida pelos médicos daqueles dados na detecção precoce de complicações intercorrentes.

A Dr.^a X dá indicação à Dr.^a Y (que trabalha com ela) para ver nas vigilâncias (refere-se a um dos outputs do SI) se os doentes estão apiréticos...”

Nota de campo

“Sim, esse (referindo-se às “drenagens”) é um dos parâmetros que nós usamos para decidir se retiramos ou não um dreno, por exemplo: é a quantidade e o tipo do aspirado; se o aspirado é patológico, mesmo que seja pouco... é patológico (...), mesmo que drene pouco é patológico. Isso vai fazer com que eu fique em alerta para uma potencial complicação.” (Dr. Z)

Entrevista

Dada a natureza cirúrgica do serviço onde foi realizado o trabalho de campo, a dor configura um dos parâmetros de vigilância que merece maior atenção por parte dos médicos.

A Dr.^a X (sentada ao computador) procura, de forma veemente, nos itens de vigilância a ocorrência de dor e a forma como tem evoluído.

Notas de campo

Para além do mais, um dos aspectos que deriva da relevância atribuída pelos médicos à vigilância da dor, tem que ver com o seu controlo, nomeadamente através de medicação disponível em “SOS”.

• Medicação

Dentro desta categoria merece destaque os itens de informação que permitem aos médicos perceber se a medicação, por exemplo, prescrita em “SOS” está a produzir o efeito desejado, ou ainda, o planeamento dos exames auxiliares do diagnóstico. Daqui resulta, como seria expectável, que os itens de informação documentados pelos enfermeiros e que são relevantes para os médicos têm uma forte relação com os “roteiros clínicos” a que fizemos referência anteriormente.

“Interessa-me muito saber se a medicação surtiu ou não efeito...” (Dr. X)

Entrevista

“É importante saber se vocês administram ou não (refere-se à medicação) (Dr. Y).

Entrevista

“Às vezes, também vejo este ícone da medicação (apontando para o separador que permite visualizar a medicação), porque não tenho acesso ao circuito do medicamento.” (Dr. Z).

Notas de campo

Uma das médicas dizia-me que lhe interessa muito conhecer, relativamente à medicação, se os doentes têm recusado as tomas ou não, se existem efeitos adversos.

Notas de campo

Os dados referentes à ocorrência de efeitos e reacções adversas aos medicamentos são um traço dominante do discurso dos médicos participantes no estudo; aspecto que, como reportaremos adiante, incorpora problemas significativos de acessibilidade.

“As significativas são as de ordem clínica e as intercorrências; medicação e as reacções à medicação ou a intolerância. As mais frequentes até são de declaração obrigatória. Digo, por exemplo: reacções eruptivas. Talvez aí... se houvesse um quadro específico...” (Dr. X)

Entrevista

A par dos itens relativos à medicação, nesta categoria também se incluiu a informação que reporta a realização de exames auxiliares do diagnóstico. Estes dados assumem particular relevo, na medida em que representam um dos marcos (do período pré – operatório) dos “roteiros clínicos” que identificamos.

Mas, também aqui, numa escala de valor da relevância da informação, emerge como significativo o registo da “não realização do exame” e respectiva justificação.

Durante as visitas médicas, percebo que o agendamento e realização dos exames auxiliares do diagnóstico são uma preocupação dos médicos. A preparação e registo da realização (e justificação da não realização) dos exames auxiliares de diagnóstico estão disponíveis no sistema de informação. Contudo, como habitualmente:

Dr. X – “Enfermeira Y o doente da cama 18 quando tem TAC?”

Enf.^a Z – “Hoje às 9:20... já foi...”

Notas de campo

A eventual “não realização” de um exame constitui um “dado intercorrente”, que se desvia da normalidade da gestão de cada um dos casos dos clientes.

- **Dados intercorrentes**

Nesta categoria estão incluídos todos os itens de informação que, no contexto da realidade estudada, são considerados “intercorrências” ou “coisas anormais”. Como vimos, quando lançamos o conceito de “roteiro clínico”, existe um padrão de evolução das situações clínicas dos clientes, que se considera expectável ou “normal”. Por outro lado, quando discutimos o “nível de conhecimento” que os médicos detêm sobre cada um dos casos, dissemos que os dados relevantes eram aqueles que tinham carácter de “novidade” (Shannon & Weaver, 1949; cit. por Losee, 1997); o que num quadro de abundância de dados nos obriga ao desenho de soluções capazes de colocar aquela “novidade” e/ou “anormalidade” (Notas de campo) em destaque.

“Informação relacionada com as “coisas anormais”, que são presenciadas pelos enfermeiros.” (Dr. X)

Entrevista

“O que nos interessa são essas surpresas, são as intercorrências de turnos anteriores, não presenciadas por nós... (Dr. Y).

Entrevista

Os conteúdos específicos de informação que podem ser enquadrados dentro desta categoria guardam uma estreita relação com as duas categorias anteriores, relativas ao teor da informação relevante. Assim, aquilo que merece destaque é informação que reporte “coisas anormais”, verdadeiras “surpresas” (i.e: novidade), que se relacionem com os parâmetros de vigilância e a medicação.

Acompanho a Dr.^a X e a Enf.^a responsável durante a visita.

Dr.^a X – “(...) e que tipo de drenagem é?”

Notas de campo

Encontro-me na sala onde os médicos têm os terminais para consulta. Verifico que o que interessa, neste momento, à Dr. Y são as características anormais da drenagem, pelo que o foi procurar nos registos de Enfermagem.

Notas de campo

“... se o aspirado é patológico, mesmo que seja pouco é anormal, se deveria ser branco ou amarelo e é verde (...), temos que ter noção disso...” (Dr. Z).

Entrevista

“Os drenos e as suas características, as alterações que apresentam.” (Dr. X).

Entrevista

“Se o doente teve uma dejeção... mas se foi muito abundante ou com características patológicas. É este tipo de coisas que interessam. Se o doente já está a tolerar a alimentação... ou se não tolera.” (Dr. Y).

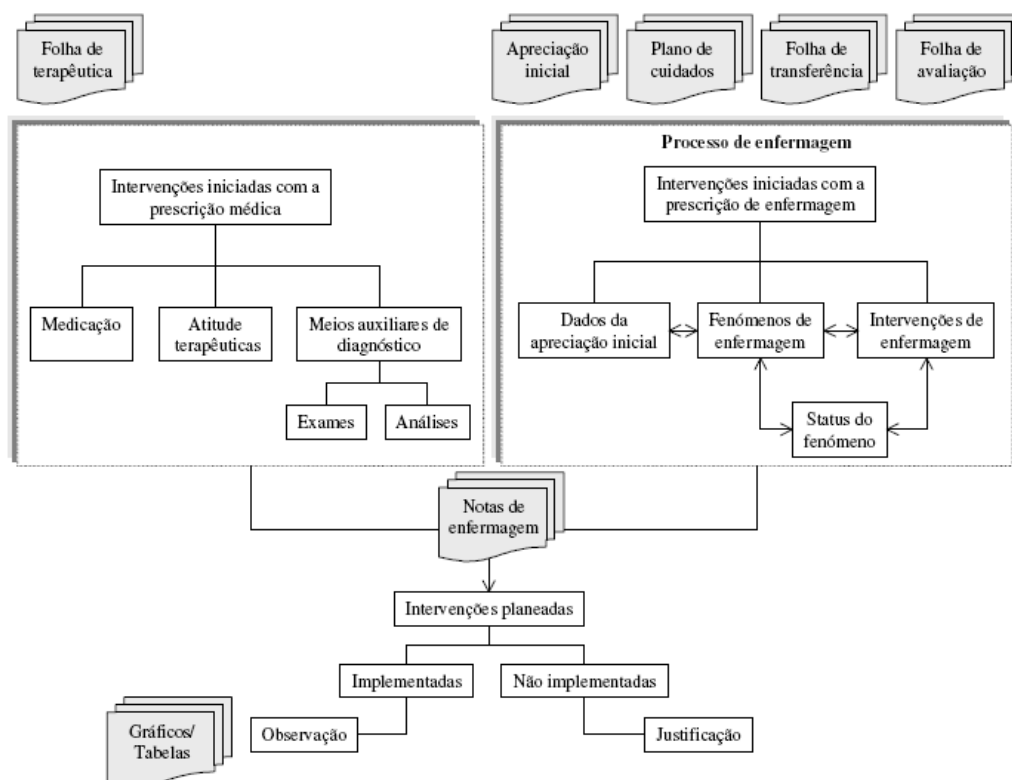
Entrevista

“Durante a visita a Enf.^a responsável alerta o médico para o facto de a doente, no dia anterior (Domingo) ter feito febre. Percebo que o médico valoriza o dado, o anota...”

Notas de campo

Durante o trabalho de campo, em particular na sua fase mais adiantada, procuramos compreender se, na perspectiva dos médicos, a informação mais relevante derivava das suas prescrições ou da dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros (cfr. OE, 2001; 2003). Em termos genéricos e em conformidade com os enunciados da OE (op. cit), de acordo com Silva (2001), na documentação de Enfermagem é possível distinguir dois grandes domínios. Por um lado, aquilo que os enfermeiros documentam em resultado de uma prescrição médica (*medicação, preparação para exames, vigilância de parâmetros vitais...*) – dimensão interdependente - e por outro, dados relativos aos *diagnóstico de Enfermagem, intervenções autónomas e resultados de Enfermagem* – dimensão autónoma.

Figura 1: Esquema do modelo resultante da análise de conteúdo à documentação de Enfermagem (Silva, 2001)



Contudo, é certo que um mesmo item de informação, por exemplo: o valor da pressão arterial (PA), numa determinada situação pode ser registado pelo enfermeiro em resultado da prescrição médica e, noutro cenário, em resultado da decisão do mesmo enfermeiro que, procedendo a um “primeiro levante”, está focado no diagnóstico de enfermagem “Risco de hipotensão ortostática”.

Ora, de acordo com os dados que resultaram da observação e das entrevistas realizadas, podemos concluir que, para os médicos, a relevância da informação não deriva do facto de determinado item de informação documentada se inscrever na dimensão interdependente ou autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. O que interessa aos médicos é:

“Se o doente teve uma dejeção... Se o doente já está a tolerar a alimentação... ou se não tolera.” (Dr. X).

Entrevista

“Durante a visita a Enf.^a responsável alerta o médico para o facto de a doente ter tido febre.”

Notas de campo

À semelhança daquilo que acontece em muitos outros contextos de acção, também no serviço de Cirurgia 3, o registo da eliminação intestinal dos doentes, do seu padrão de ingestão nutricional, da tolerância aos medicamentos, dos episódios de febre (...) não existe, apenas e só, se for prescrito pelos médicos.

“Temos que reconhecer que há aspectos, e isso tem a ver com as metodologias de trabalho de Enfermagem, de há muitos anos, que há muitas coisas que vocês registam (...) mesmo que (o médico) não prescreva... E nós estamos habituados a que isso seja feito; e está bem feito e é muito importante. Aliás, provavelmente, mal dos hospitais se os enfermeiros não fizessem os seus registos, independente do que os médicos pedem; então não haveria registos de nada (...) e, portanto, o que nos vale são as metodologias de enfermagem que suportam os registos dos doentes.”

“Vocês são organizadas, têm tudo registado, bem ou mal, as coisas no vosso trabalho estão organizadas, podem até estar mal explícitas, mas estão lá, é uma questão de as procurar. Usamos esses registos.” (Dr. X).

Entrevista

A relevância que a informação assume para os médicos, independentemente da sua “origem” e fluxo dos dados, acaba por reforçar a necessidade de criar sistemas interoperáveis (cfr. ISO/IEC 2382 - 1, 1993) dentro dos serviços, enquanto uma

estratégia de optimização do recurso informação, em benefício da qualidade dos cuidados (Daniels, 1997; Zorrinho, 1999; Ball, Douglas & Lillis, 2001; Sousa, 2006).

5.1.3. Dos repositórios da informação relevante

Um dos objectivos deste estudo passava por identificar os repositórios da informação que resulta da actividade dos enfermeiros e que releva para efeitos do exercício profissional dos médicos. O conceito de repositório da informação que utilizamos é aquele que consensualmente é usado na literatura (Eriksen et al., 1997), referindo-se aos bancos de dados (da saúde), com altos padrões de acessibilidade e potencial de gestão.

Todavia, à partida, admitíamos que existisse informação relevante para os médicos que não estivesse alojada nos referidos bancos de dados, o mesmo é dizer: nos SI em uso. Num estudo realizado por Pereira (2001), centrado na informação relevante para a continuidade dos cuidados de Enfermagem, o autor identificou algumas categorias de dados (informais), que relevavam para efeitos da continuidade, que não estavam nos SI. Contudo, durante o nosso trabalho de campo percebemos que a informação com valor para os médicos é informação que se encontra alojada nos SI em uso.

Este é um facto deveras significativo. Como nos diziam alguns dos médicos participantes na investigação:

“Nem necessitava do enfermeiro responsável, toda a informação está no sistema.” (Dr. X)

Notas de campo

“Vocês são organizadas, têm tudo registado... Usamos esses registos.” (Dr. Y).

Entrevista

“Isto é... neste momento nós temos mais informação (...), acedemos a informação que está na plataforma (...), porque antigamente se quisesse ver isso tinha que ir ler as notas de Enfermagem. (Dr. Z)

Entrevista

No entanto, apesar da informação relevante estar nos SI, a sua utilização incorpora alguns problemas de acessibilidade.

“É maçudo (referindo-se ao SI), obriga-nos a saltar, a consultar muitas coisas, fazer vários cliques...” (Dr. X)

Entrevista

Face ao exposto, importa retomar a questão da acessibilidade proposta por Eriksen e colaboradores (1997), acerca do conceito de “repositório de informação”. De acordo com os dados que resultaram da primeira fase do estudo, os SI em uso, na perspectiva dos utilizadores – médicos - não se caracterizam por “altos padrões de acessibilidade”.

Neste enquadramento, uma temática que emergiu do nosso trabalho de análise do material engloba as questões relativas à acessibilidade à informação relevante. Com efeito, na opinião dos médicos, existe informação relevante que está “*pouco acessível*”.

5.1.4. Questões relativas à acessibilidade

Como já tivemos oportunidade de salientar, as questões relativas à acessibilidade aos dados relevantes para os médicos foi uma das temáticas dominantes no âmbito da dimensão relativa aos repositórios da informação. Aqui, destacam-se quatro categorias: i) “*Diluição da informação relevante*”; ii) “*Ausência de sistemas de alertas*”; iii) “*Relatórios com défices de integridade referencial*”; e iv) “*Relatórios individuais*”.

Este conjunto de categorias ilustra os principais problemas de acessibilidade experimentados pelos médicos, no contexto do serviço de Cirurgia 3 do HSA.

- **Diluição da informação relevante**

Um dos princípios a que já aludimos durante este relatório, com base nas posições de Lussato (1995) e Losee (1997), é que o excesso de informação acaba por banalizar a informação relevante. Uma das dificuldades experimentadas pelos médicos, que se tornou bastante evidente durante o trabalho de observação, passa por “*encontrar os dados importantes*” (Notas de campo) naquilo que, paradigmaticamente, um dos participantes designou como um “*emaranhado de coisas*” (Entrevista).

“É maçudo, obriga-nos a saltar, a consultar muitas coisas, fazer vários cliques... entrar aqui, depois ali (...) Ao consultar tudo é extremamente maçudo...”.

“Ela (refere-se à Enf.^a responsável) vai-me chamar a atenção de algumas coisas que eu posso não ter valorizado, até porque não presenciei, que eu não vi naquele emaranhado de coisas escritas e ela vai-me chamar a atenção disso. Se calhar, essa função estaria no computador (i.e.: SI) ...” (Dr. X)

Entrevista

“Se o objectivo é que as coisas fiquem apenas e só para a enfermagem ... OK. Agora, se o objectivo é para o trabalho em conjunto (...), deveriam (os dados) ter outra apresentação. (Dr. Y)

Entrevista

“É difícil... é necessário consultar (...) e escolher de um grande número de informação registada.” (Dr. Z)

Entrevista

As dificuldades de uso da informação também radicam no facto dos relatórios que é possível gerar, a partir do sistema, apresentarem dados do histórico de evolução do caso e do seu estado actual. Na realidade, os relatórios que são gerados conferem o mesmo “estatuto”, por exemplo, a uma medicação que foi administrada (nos exactos termos da prescrição médica, sem qualquer intercorrência) há três dias e um analgésico a que foi necessário recorrer durante a noite, devido ao facto do cliente ter experimentado dor. Por esta razão, importava tal como nos dizia Sousa (2006), clarificar os níveis de prioridade dos diferentes itens de informação, ao conceber sistemas de partilha de dados. Todas estas decisões estão orientadas para a facilitação do uso das soluções, por parte dos “afectados”.

A facilidade do uso das ferramentas tem sido um dos melhores preditores do uso dos SI baseados nas TIC (DeLone & McLean, 2003). Desta forma, urge (re)desenhar soluções de partilha de informação que, por serem mais adequadas às necessidades dos utilizadores, maximizam a utilização dos dados, em favor da qualidade dos cuidados. Durante o nosso trabalho de campo fomos criando a consciência que, em termos de cultura dominante no serviço, os médicos reconhecem utilidade à informação; expressam a intenção de usar os SI suportados nas TIC; têm níveis elevados de literacia tecnológica; contudo, expressam dificuldades no uso das soluções, por questões que têm que ver com a qualidade intrínseca dos sistemas (Venkatesh et al, 2003; Van Der Meijden et al, 2003).

Referindo-se à forma de apresentação da informação mais importante: “... de forma rápida, eficaz e prioritária... saltasse, passo a expressão, essa informação aos olhos; aos olhos como? Quando se entra no doente, não é? (...) Haver, se calhar, um alerta, uma luz que permitisse um acesso fácil às coisas mais significativas” (Dr. X)

Entrevista

É nesta sequência que se compreende que a forma de apresentação dos relatórios e mesmo de organização da informação dentro do sistema, por exemplo sob a forma de

“*alertas*”, que tornem evidentes os “*dados intercorrentes*”, poderá facilitar o uso dos recursos informacionais.

- **Ausência de sistemas de alertas**

A existência de uma lógica de parametrização dos conteúdos do SI que permita assinalar os parâmetros que se desviam da normalidade parece ser um factor facilitador da utilização dos recursos informacionais. O conceito de “*caixa de surpresas*” – proposto pelos participantes – é bastante interessante, na medida em que incorpora o princípio de “*alerta*”.

“O que tem valor médico é eventualmente haver uma caixa de surpresas para cada doente; essas surpresas são as intercorrências que (...) de forma rápida, eficaz e prioritária... saltasse, passo a expressão, essa informação aos olhos; aos olhos como? Quando se entra no doente, não é? (...) Haver, se calhar, um alerta, uma luz que permitisse um acesso fácil às coisas mais significativas.” (Dr. X)

Entrevista

“... se o aspirado é patológico, mesmo que seja pouco (...) é patológico e deveria existir uma chamada, mesmo que drene pouco é patológico. Isso vai fazer com que eu fique em alerta para uma potencial complicação.” (Dr. Y)

Entrevista

A utilização de soluções do tipo “*alertas*” nos SI em saúde, em particular no âmbito dos sistemas de apoio à decisão, é um dos aspectos que mais concorre para cuidados seguros (Osheroff et al, 2007; Fragata, 2008).

A possibilidade de proceder a parametrizações dos conteúdos, atendendo às particularidades e necessidade de cada contexto específico de acção é tida como um dos aspectos que permite gerir com maior sucesso os processos de implementação de soluções suportadas nas TIC (Silva, 2006).

Na realidade:

“A informação interessa (...). Agora, a maneira como ela aparece nos respectivos ecrãs e que vai adquirir na exposição (nos relatórios), será em função da importância que se lhe quer dar. (Dr. X)

Entrevista

Além disso, os dados gerados e analisados durante o trabalho de campo evidenciam problemas de “integridade referencial”, nos relatórios (*outputs*) gerados para os médicos.

- **Relatórios com défices de integridade referencial**

Em termos de estrutura arquitectónica, os SI em uso no serviço de Cirurgia 3 (SAPE e SAM) apresentam e respeitam princípios de integridade referencial entre as entidades e itens de informação. Aliás, este é um facto inegável, em particular quando falamos do SAPE, razão pela qual, sob proposta da OE (2007), os seus requisitos arquitectónicos básicos foram tomados como referência para o desenvolvimento de SIE pelas diferentes empresas. Contudo, aquilo que aqui introduzimos refere-se aos défices de evidência daquela integridade referencial nos relatórios que são gerados para os médicos, a partir do SAPE.

Com efeito, durante o nosso trabalho de campo, percebemos que, por exemplo, se um médico quer saber qual o tipo de tratamento que está a ser realizado e como está a evoluir uma determinada ferida, terá que necessariamente consultar três campos distintos dos relatórios gerados.

Em primeiro lugar, terá que consultar a “*lista dos diagnósticos de Enfermagem*”, onde se encontrará a documentação da “*ferida*”. Depois, terá que consultar a “*lista das intervenções do tipo Executar*” (Cfr. ICN, 2002; 2005), onde encontra o registo do tratamento realizado. Após, terá que procurar na “*lista de vigilâncias*” o resultado ou conteúdo específico da realização da intervenção de Enfermagem (do tipo Monitorizar/Vigiar) “*Vigiar ferida*”. Enquanto na estrutura arquitectónica, os conteúdos desejados pelo médico, respeitam princípios de integridade referencial, nos relatórios que lhe são apresentados os dados encontram-se “*dispersos*” e de “*difícil consulta*” (Notas de campo).

(Referindo-se à forma como se deveriam apresentar os relatórios gerados)
“*De uma forma mais simples... nós, precisamos de normalizar aquilo que é frequente e dar uma certa visualização.*”

“*(...) a maneira como ela (a informação relevante) aparece nos respectivos ecrãs é que vai dar exposição, em função da importância que se lhe quer dar.* (Dr. X)

Entrevista

Os relatórios padecem de outro problema, que é experimentado e expresso pelos médicos de uma forma bastante marcada: a impossibilidade de gerar, conforme desejo do utilizador, *outputs* com a informação mais relevante relativamente a um grupo de clientes.

- **Relatórios individuais**

No seu exercício profissional quotidiano, os médicos têm a seu cargo vários clientes, razão pela qual a quantidade de informação que desejam é bastante significativa. No entanto, ao contrário daquilo que pode acontecer nos relatórios gerados a pedido dos enfermeiros, os médicos não têm a possibilidade de gerar *outputs* que façam a síntese da informação relativa “*aos seus doentes*” (Notas de campo).

“É difícil... é necessário consultar doente a doente, e dentro do doente escolher de um grande número de informação registada...” (Dr. X)

Entrevista

“Como vê, temos que imprimir muitas folhas... assim é difícil.” (Dr. Y)

Notas de campo

À semelhança daquilo que acontece com os outros problemas identificados no âmbito da acessibilidade, também este problema não radica em nenhuma impossibilidade de natureza técnica.

Pelo exposto e já numa perspectiva futura, importa, tal como descrito na literatura (Silva, 2001; Sousa, 2006; Friedman & Wyatt, 2006; Abdelhak et al, 2007; Lau, 2009), avançar nos processos de avaliação da implementação e gestão dos SI, enquanto estratégia de melhoria contínua dos seus impactos nos serviços. Assim, incorporar aquilo que resulta desta fase exploratória no desenho de soluções que funcionem no contexto do serviço de Cirurgia 3 do HSA, poderá ser um contributo para a melhoria operacional das capacidades instaladas.

Terminada a fase qualitativa e exploratória da investigação, estamos em condições de afirmar que a abordagem da problemática do estudo, numa perspectiva de perfil quantitativo deverá privilegiar a identificação de consensos, à escala da realidade estudada, sobre “*Qual a informação mais relevante?*” e, necessariamente, “*Qual o seu nível de acessibilidade, percebido pelos utilizadores?*”

5.2. Da Segunda Fase do Estudo

Esta fase do estudo foi realizada utilizando como recurso um questionário construído, essencialmente, com base nos resultados da primeira fase do estudo, o que contribui para a sua validade de conteúdo (Polit & Hungler, 1995; Pestana & Gageiro, 2000). Como vimos, da fase exploratória e qualitativa resultaram duas grandes temáticas: a relevância da informação e a sua acessibilidade. O questionário construído procurou responder às duas questões que enunciámos no final do parágrafo anterior.

Os domínios temáticos do questionário (Informação resultante das prescrições médicas: “vigilância e monitorização”, “medicação”, “análises e exames” (...), e Informação associada à tomada de decisão do enfermeiro: “Autocuidado”, “Controlo da temperatura corporal”...) seguiram a lógica estrutural do SIE em uso (SAPE) no Departamento de Cirurgia. Os conteúdos específicos de informação, que foram integrados em cada um desses domínios temáticos e respectivas categorias, correspondem aos “conteúdos mais frequentes” da documentação; facto que foi possível apurar durante o período de observação.

Assim, o questionário construído contemplou aproximadamente 100 questões, relativamente às quais cada um dos respondentes se deveria pronunciar sobre o nível de relevância e o nível de acessibilidade do item de informação (Anexo 3). No fundo, construímos, em paralelo “dois questionários”, um sobre a relevância e outro sobre a acessibilidade. De acordo com a literatura (Linstone & Turoff, 2002), poderíamos realizar um primeiro *round* centrado na produção de consensos acerca da relevância e, após, questionar os participantes sobre o nível de acessibilidade dos itens que obtiveram consenso. Uma das desvantagens associada a esta possibilidade prende-se com o efeito de “saturação” dos participantes, podendo, desta forma, diminuir de forma significativa a taxa de participação (resposta). Não quisemos correr esse risco, na medida em que a população de médicos para o estudo era, à partida, reduzida (aproximadamente 70 médicos). Por outro lado, com a estruturação da recolha de dados com um único questionário (abordando as duas questões – relevância e acessibilidade), aumentávamos a quantidade de material passível de análise. O questionário construído, para além de algumas “variáveis de atributo”, úteis para caracterizar os participantes, incorporava uma questão centrada na “compreensibilidade da linguagem” (classificada) utilizada pelos enfermeiros e na “qualidade global” dos dados documentados pelos enfermeiros.

O questionário foi lançado em Setembro 2009, após pedido de autorização e parecer favorável do Conselho de Administração do CHP (Anexo 2). Os questionários foram distribuídos pela investigadora a cada um dos participantes, com uma indicação genérica acerca do seu preenchimento. Cada respondente teve 10 dias para responder ao questionário. Após o seu preenchimento, os questionários foram colocados num envelope pelo participante, os quais foram colocados num local combinado do Departamento de Cirurgia do HSA. Apesar da fase I se ter desenrolado no serviço de Cirurgia 3, a segunda fase envolveu todos os médicos a exercerem funções no Departamento. Na realidade, a dinâmica organizativa e de funcionamento dos cinco serviços é equivalente. Esta opção procurou obter uma amostra mais significativa. Dos 76 questionários lançados foram devolvidos 51, o que representa uma taxa de retorno de 67,1%. Este valor alinha por aquilo que é considerado como uma boa taxa de retorno (Hill & Hill, 2002).

5.2.1. Caracterização da amostra

Os 51 questionários que reunimos correspondem a uma amostra do tipo não probabilístico, mais concretamente de conveniência (Polit & Hungler, 1995; Balnaves & Caputi, 2001; Fortin, 2003).

Em termos de idade, os médicos que responderam ao questionário têm, em média, 37 anos, com um desvio padrão de aproximadamente 9 anos. Metade dos respondentes têm até 35 anos e os restantes mais do que esse valor. O médico mais jovem tinha 24 anos de idade e o participante mais idoso tinha 55 anos. Desta forma, podemos dizer que o grupo de participantes era “jovem”, atendendo à tendência de envelhecimento da classe médica em Portugal, amplamente publicitada.

Tabela 1: Caracterização da amostra da fase II, em função da Idade

Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
37	35	32	9,1

No que se refere ao sexo, a maioria dos respondentes eram homens (58,8%) e os restantes (41,2%) eram do sexo feminino. As diferenças encontradas na distribuição dos respondentes pelos dois sexos não têm significado estatístico ($p = 0,208$).

Quanto à categoria profissional, cerca de 2/3 dos respondentes não especificou a categoria profissional (68,6%). Dos restantes, 11,8% (dos 51 médicos) são internos e 19,6% são especialistas.

Quanto ao tempo de exercício profissional, dada a “juventude” da amostra, em média, os médicos que responderam ao questionário exerciam há cerca de 12 anos.

Tabela 2: Caracterização da amostra da fase II, em função do Tempo de exercício profissional

Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
11,8	10	1	9,1

Em síntese, a amostra que serviu de base para a concretização da segunda fase do estudo caracteriza-se por uma distribuição próxima entre homens e mulheres; uma idade média de 35 anos e cerca de 12 anos de exercício profissional.

Assim, foi com base nas respostas dadas por aqueles 51 médicos, que avançamos na definição de consensos em torno da informação (recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros) relevante para a sua (dos médicos) actividade, no contexto do Departamento de Cirurgia do HSA.

Os critérios de consenso adoptados alinham com aquilo que foram as opções anteriores de outros estudos que utilizaram a metodologia (Goossen, 2000; Sousa, 2006; Pereira, 2007). O consenso obtido em cada uma das questões teve em consideração a verificação simultânea dos critérios definidos na tabela 3.

Tabela 3: Critérios de consenso adoptados para a identificação dos itens de informação relevantes

Consenso	Critérios e definição
Consenso verificado	Mediana ≥ 4 Moda* ≥ 4 Concordância (Freq. acumulada dos scores 4 e 5) $\geq 75\%$

No caso de um determinado item de informação (variável) ter mais do que uma moda, tomamos como referência o valor modal mais baixo*. A “concordância” verifica-se quando mais de 74% dos respondentes indicaram *score* 4 ou 5 no item de análise. Quer

isto dizer que, relativamente à concordância, a frequência acumulada das respostas com *score* 4 ou 5 deve ser igual ou superior a 75%.

Na posse destes critérios avançamos na identificação da informação mais relevante para os médicos.

5.2.2. Da relevância da Informação

A tabela 5 apresenta os 27 itens de informação que obtiveram consenso e que, desta forma, podem ser considerados como os itens de informação que, sendo recolhidos, processados e documentados pelos enfermeiros, são mais relevantes para os médicos, no contexto do Departamento de Cirurgia.

Tabela 4: Itens de informação mais relevantes

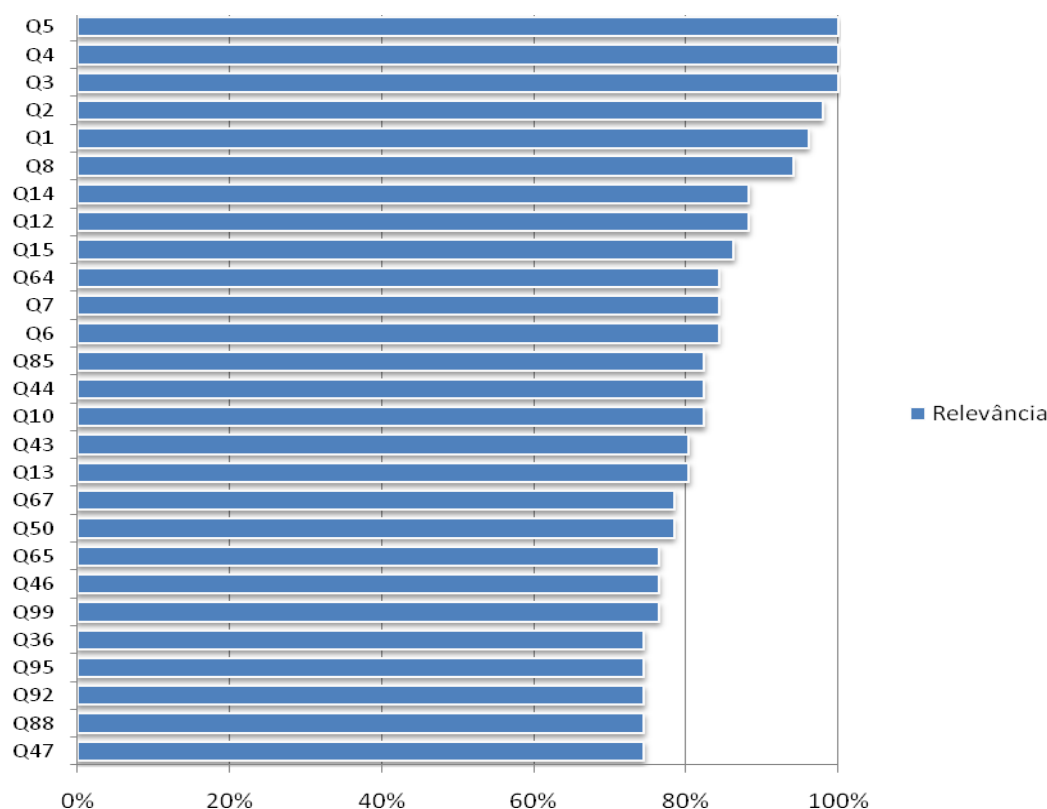
Relevância				
Questão	Item de Informação	Mediana	Moda	Freq. acumulada (score 4 e 5)
Q1	Vigilância/monitorização de parâmetros respiratórios	5	5	96
Q2	Vigilância/monitorização de parâmetros circulatorios	5	5	98
Q3	Vigilância/monitorização da temperatura corporal	5	5	100
Q4	Vigilância/monitorização de parâmetros relativos às “drenagens”	5	5	100
Q5	Vigilância/monitorização de parâmetros relativos à eliminação urinária	5	5	100
Q6	Vigilância/monitorização de parâmetros relativos à eliminação intestinal	5	5	84
Q7	Vigilância/monitorização de parâmetros relativos à glicemia capilar	5	5	84
Q8	Vigilância/monitorização de parâmetros relativos à entrada e saída de líquidos	5	5	94
Q10	Vigilância/monitorização de parâmetros relativos à dor	5	5	82
Q12	Administração de Medicação	5	5	88
Q13	Justificação da não administração de algum medicamento	5	5	80
Q14	Administração de Medicação prescrita em “SOS”	5	5	88
Q15	Efeitos Secundários/reacções adversas	5	5	86
Q36	“Problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	4	4	75
Q43	“Problemas de Enfermagem” no domínio das Feridas	4	4	80
Q44	Evolução do estado dos “problemas de enfermagem” no domínio das Feridas	4	4	82
Q46	Intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio das Feridas	4	4	77
Q47	Justificação da não realização intervenções de Enfermagem planeadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio das Feridas	4	4	75
Q50	“Problemas de Enfermagem” no domínio da Eliminação Urinária	4	4	78
Q64	“Problemas de Enfermagem” no domínio da Dor	5	5	84
Q65	Evolução do estado dos “problemas de enfermagem” no domínio da Dor	5	5	77
Q67	Intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Dor	5	5	78
Q85	“Problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	4	4	82
Q88	Intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	4	4	75
Q92	“Problemas de Enfermagem” no domínio da Gestão do Regime Terapêutico	4	4	75
Q95	Intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Gestão do Regime Terapêutico	4	4	75
Q99	“Problemas de Enfermagem” no domínio do Conhecimento	4	4	77

Da análise dos itens de informação que se mostram mais relevantes constatamos que cerca de metade (Q1 – Q15) dizem respeito a dados que resultam da prescrição médica,

os restantes 14 itens (Q36 – Q99) correspondem a informação que é documentada em resultado da dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Como vimos durante a primeira fase do estudo, o valor que a informação assume para os médicos não é ditada pelo facto de estar associada às suas prescrições. Desta forma, podemos afirmar que o valor da informação radica na sua natureza própria e intrínseca.

No gráfico 1 apresentamos de forma decrescente os mesmos itens de informação relevante.

Gráfico 1: Itens de informação mais relevantes (ordem decrescente)



Da análise do gráfico percebemos que a grande maioria dos itens com relevância para os médicos estão associados aos “*parâmetros de vigilância*” e “*medicação*”, para usarmos a lógica de categorização adoptada na fase I. Do grupo de itens que evidenciam níveis de relevância “mais baixos” fazem parte questões que podem ser agregadas dentro daquilo *à priori* definimos como “*dados intercorrentes*”.

Como vimos, era nosso objectivo perceber qual o nível de acessibilidade percebido pelos médicos relativamente aos itens de informação que geraram consenso, em termos de relevância. Assim, evoluímos no estudo do nível de acessibilidade que os 27 itens mais relevantes apresentavam.

5.2.3. Da acessibilidade à informação relevante

Na tabela 6, que se apresenta de seguida, tomando como referência os itens com maior relevância e tendo em consideração os valores da mediana, da moda e da concordância, fazemos o confronto dos níveis de relevância da informação com o seu nível de acessibilidade. Recorremos a dois dados adicionais, os valores médios de relevância e de acessibilidade, com o intuito de facilitar o trabalho comparativo.

Tabela 5: Relevância vs Acessibilidade dos itens de informação relevantes

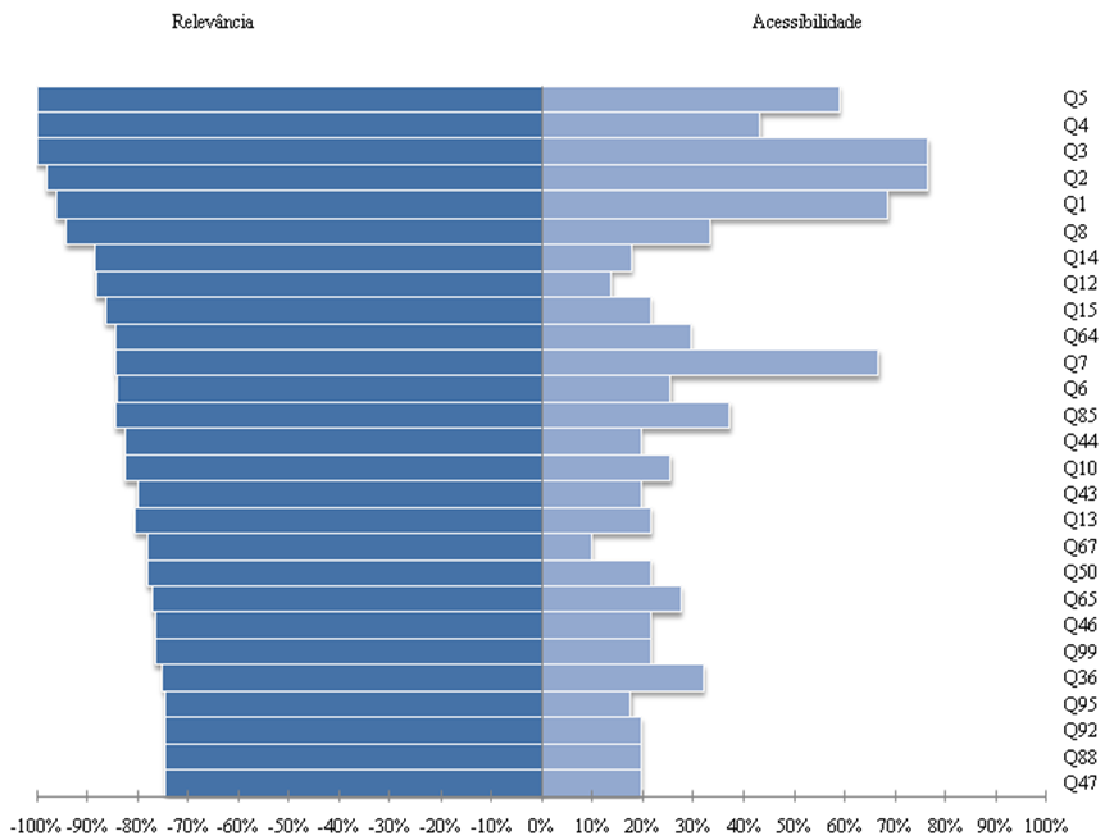
Relevância					Acessibilidade			
Item	Freq. acumulada (score 4 e 5) (%)	Moda	Mediana	Média	Média	Mediana	Moda	Freq. acumulada (score 4 e 5) (%)
Q5	100	5	5	4,73	3,49	4	4	59
Q4	100	5	5	4,71	3,1	3	4	43
Q3	100	5	5	4,73	3,98	4	4	77
Q2	98	5	5	4,71	3,94	4	4	77
Q1	96	5	5	4,55	3,76	4	4	69
Q8	94	5	5	4,65	2,82	3	3	33
Q14	88	5	5	4,43	2,39	2	2	18
Q12	88	5	5	4,39	2,41	2	2	14
Q15	86	5	5	4,57	2,47	2	2	22
Q64	84	5	5	4,31	2,92	3	3	29
Q7	84	5	5	4,35	3,76	4	4	67
Q6	84	5	5	4,33	3,12	3	3	37
Q85	82	4	4	4,12	2,92	3	3	20
Q44	82	4	4	4,12	2,69	2	2	20
Q10	82	5	5	4,31	2,71	3	3	26
Q43	80	4	4	4,14	2,69	2	2	22
Q13	80	5	5	4,29	2,25	2	2	10
Q67	78	5	5	4,2	2,65	3	3	22
Q50	78	4	4	4,08	2,96	3	3	28
Q65	77	5	5	4,18	2,65	3	2	22
Q46	77	4	4	4,06	2,51	2	2	22
Q99	77	4	4	3,98	2,63	2	2	26
Q36	75	4	4	3,94	2,96	3	3	32
Q95	75	4	4	4	2,41	2	2	18
Q92	75	4	4	3,96	2,53	2	2	20
Q88	75	4	4	3,88	2,61	3	3	20
Q47	75	4	4	3,94	2,39	2	2	20

Em termos genéricos, os itens de informação mais relevantes para os médicos têm valores de acessibilidade mais baixos. Quer isto dizer que a acessibilidade daqueles itens de informação está aquém daquilo que é a sua relevância.

O gráfico seguinte, com base exclusivamente na frequência acumulada dos scores 4 e 5, obtida em termos de relevância e acessibilidade, traduz o défice de acessibilidade a que aludimos. Estes dados vêm reforçar aquilo que resultou do trabalho de análise do material da primeira fase do estudo, onde percebemos que a informação mais valorizada

pelos médicos padecia de alguns problemas de acessibilidade. Em termos futuros, urge desenhar soluções que permitam que a informação mais relevante para os médicos atinja níveis de acessibilidade mais significativos, pelo impacto que isso pode ter na qualidade global dos processos que suportam a actividade clínica.

Gráfico 2: Relevância vs Acessibilidade dos itens de informação relevantes (em função da Frequência acumulada nos scores 4 e 5)



Os itens de informação com níveis mais elevados de acessibilidade (Q5; Q3; Q2; Q1 e Q7) reportam-se a “parâmetros de vigilância”, sendo evidente que os dados com níveis de acessibilidade mais reduzidos inscrevem-se no âmbito da informação que resulta da actividade autónoma do exercício profissional dos enfermeiros.

O elevado número de itens de informação (27 itens) que, pelo seu conteúdo, obtiveram consenso, confrontaram-nos com a necessidade de ensaiar uma estratégia capaz de organizar, de uma forma mais compreensível a informação com maior relevância para os médicos. Neste contexto, entendemos como adequado recorrer à Análise Factorial, com o intuito de proceder à agregação dos diferentes itens de informação. É certo que poderíamos utilizar como estratégia de agregação as próprias categorias utilizadas na organização do questionário. Não o fizemos, desde logo, porque durante a primeira fase

do estudo tínhamos identificado três categorias de informação relevante: i) “*Parâmetros de vigilância*”; “*Medicação*”; e “*Dados intercorrentes*”. Com efeito, os “*parâmetros de vigilância*” e a “*medicação*” eram categorias integradas no questionário (Cfr. Anexo 3), apesar dos “*dados intercorrentes*” surgirem aqui como algo de novo. Assim, com o recurso à análise factorial, pretendíamos “verificar” em que medida aquilo que resultou do estudo qualitativo se “confirmava”.

O grande objectivo da análise factorial é agregar um grande número de variáveis em constructos mais abrangentes e com maior potencial explicativo (Polit & Hungler, 1995; Pestana & Gageiro, 2000; Almeida & Freire, 2003). A análise factorial baseia-se no estudo das relações entre as variáveis originais, identificando aquelas que se “agrupam”, possibilitando a identificação de uma “variável” conceptualmente superior (Pestana & Gageiro, op. cit.). Na opinião destes autores, a análise factorial permite “(...) *organizar a maneira como os sujeitos interpretam as coisas, indicando as que estão relacionadas entre si e as que não estão... permite avaliar a validade das variáveis constitutivas dos factores, indicando em que medida se referem aos mesmos conceitos, através da correlação existente entre elas*” (p. 389).

O procedimento utilizado neste ensaio baseou-se na análise das componentes principais, com valores próprios (*Eigenvalues* > 1), com recurso ao método de rotação *Varimax*, com normalização *Kaiser* (Pestana & Gageiro, op. cit.).

Deste processo foram inicialmente extraídos seis (6) factores. Desde logo, o “*factor 6*” foi excluído da análise, na medida em que os valores de correlação de cada uma das variáveis originais com aquele factor eram sempre inferiores aos valores de correlação que guardavam com algum dos outros factores extraídos. Assim, ficamos com um modelo de cinco (5) factores.

Por princípio, quando um item (variável original) se correlacionava de forma apreciável com mais do que um dos factores extraídos, optamos por incluí-lo no factor em que a saturação fosse mais elevada. Na posse dos cinco factores retidos, avançamos na sua interpretação.

O “factor 1”, que denominamos como “*Complicações e preparação para a alta*”, explica 38,642% da variância total. Este factor associa questões que reflectem itens de informação centrados em problemas (Diagnósticos de Enfermagem) inscritos no âmbito da “*Febre*”, das “*Feridas*”, das “*Complicações urinárias e respiratórias*”; bem como a

natureza das intervenções de que tais problemas vão sendo alvo. Estes aspectos podem ser lidos à luz daquilo que, durante a primeira fase do estudo, foi categorizado como “*dados intercorrentes*”. Na altura, referimos que as complicações poderiam ser entendidas como “*coisas anormais*” (Notas de campo e Entrevistas). Esta sobreposição entre o material das duas fases do estudo permite reforçar o valor que os “*dados intercorrentes*” e/ou “*complicações*” têm, enquanto itens de informação relevantes para os médicos.

Tabela 6: Factor 1 - “Complicações e preparação para a alta”

Factor 1 – “Complicações e preparação para a alta”		
Questão	Item de Informação	Correlação
Q36	Controlo da Temperatura Corporal	0,663
Q43	Feridas e Lesões e Tecidulares	0,830
Q44	Evolução do estado das Feridas e Lesões Tecidulares	0,873
Q46	Intervenções realizadas face às Feridas e Lesões Tecidulares	0,827
Q47	Justificação da não realização das intervenções realizadas face às Feridas e Lesões Tecidulares	0,791
Q50	Eliminação Urinária	0,800
Q85	Problemas Respiratórios	0,793
Q88	Intervenções realizadas face aos problemas respiratórios	0,682
Q92	Gestão do Regímen Terapêutico	0,766
Q95	Intervenções realizadas face aos problemas na gestão do regímen terapêutico	0,781
Q99	Problemas no domínio do Conhecimento	0,737
Eighenvalue		10,433
% Variância Total		38,642

Curiosamente, neste factor também agregam dois itens de informação relativos aos problemas e intervenções relacionados com a “*Gestão do regímen terapêutico*” e um item centrado nos problemas de “*Conhecimento*” dos doentes. Estes dados são novos, apontando para questões que, pelas definições de “*Gestão do regímen terapêutico*” e “*Conhecimento*” da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE – (Cfr. ICN, 2002), parecem traduzir uma valorização por parte dos médicos de aspectos centrados na “*preparação do regresso a casa*” (Padilha, 2006).

As questões relativas à preparação para a alta, num projecto futuro de reformulação das lógicas de partilha de informação entre enfermeiros e médicos devem ser equacionados pelo valor que parecem ter para os processos de decisão clínica dos médicos.

O “factor 2” que aqui apresentamos e denominamos como “Parâmetros de vigilância” é o resultado da agregação teórica de dois factores que foram extraídos através de modelo de componentes principais que adoptamos. Na realidade, o “factor 5”, que explica 5,199% da variância total, e que resultou do procedimento matemático de extracção, só englobava as questões Q1 – “*Vigilância/Monitorização parâmetros respiratórios*” - e Q6 – “*Vigilância/Monitorização da eliminação intestinal*”. As correlações destes dois itens eram muito mais fortes naquele “factor 5” (respectivamente: 0,855 e 0,766) do que no “factor 2” ao qual acabaram, por um critério teórico, por ser associados.

Tabela 7: Factor 2 - “Parâmetros de Vigilância”

Questão	Item de Informação	Correlação
Q1	<i>Vigilância/Monitorização de parâmetros respiratórios</i>	0,319
Q2	<i>Vigilância/Monitorização de parâmetros circulatórios</i>	0,863
Q3	<i>Vigilância/Monitorização da temperatura corporal</i>	0,891
Q4	<i>Vigilância/Monitorização das “drenagens”</i>	0,611
Q5	<i>Vigilância/Monitorização da eliminação urinária</i>	0,898
Q6	<i>Vigilância/Monitorização da eliminação intestinal</i>	0,404
Q7	<i>Vigilância/Monitorização da glicemia capilar</i>	0,635
Q8	<i>Vigilância/Monitorização da entrada e saída de líquidos</i>	0,769
Eighenvalue		4,881
% Variância Total		18,078*
		(Total
		variância sem
		Q1 e Q6)

Importa destacar que a análise factorial apenas nos dá apontamentos, que não substituem o processo de decisão dos investigadores (Pestana & Gageiro, 2000). Quer isto significar que a decisão final de associação das variáveis (originais) em conceitos mais abrangentes inclui decisões iluminadas por princípios teóricos. Na realidade, apesar daquilo que foram os resultados verificados na extracção dos componentes principais, é verdade que a “*Vigilância/Monitorização de parâmetros respiratórios*”, bem como da “*...eliminação intestinal*” também são “*Parâmetros de vigilância*”.

À semelhança daquilo que aconteceu relativamente ao “*Factor 1- Complicações...*”, também os itens que acabamos por agregar no conceito de “*Parâmetros de vigilância*” alinham com aquilo que foram os resultados da primeira fase do estudo.

O “Factor 3” que acabamos por designar como “*Medicação*”, explica 9,490% da variância total encontrada. Neste factor agregam as questões que, fazendo parte dos 27 itens de informação mais relevante, reportam todos os itens relativos à medicação que foram apresentados aos respondentes no questionário (Q12 a 15).

Tabela 8: Factor 3 - “Medicação”

Factor 3 – “Medicação”		
Questão	Item de Informação	Correlação
Q12	Administração de Medicação	0,827
Q13	Justificação da não administração da Medicação	0,800
Q14	Administração de Medicação em “SOS”	0,779
Q15	Efeitos secundários/reacções adversas	0,734
Eighenvalue		2,562
% Variância Total		9,490

Como vimos na primeira fase do estudo as questões relativas à medicação assumiam grande valor para os médicos, facto que é corroborado pelos resultados verificados na análise factorial realizada.

Por último, o “factor 4” agrega a Q10, a Q64, a Q65 e a Q67. Conforme se depreende da consulta da tabela seguinte, os quatro itens de informação reportam questões relativas à “*Dor*” e ao seu controlo; o que é lógico no âmbito de um Departamento cirúrgico.

Tabela 9: Factor 4 - “Controlo da Dor”

Factor 4 – “Controlo da Dor”		
Questão	Item de Informação	Correlação
Q10	Vigilância/Monitorização da Dor	0,656
Q64	Problemas do domínio da Dor	0,720
Q65	Evolução do estado do problema no domínio da Dor	0,746
Q67	Intervenções realizadas face à Dor	0,795
Eighenvalue		1,553
% Variância Total		5,751

O “Factor 4 - Dor” explica 5,751% da variância total encontrada.

A problemática da “Dor”, na análise realizada durante a primeira fase do estudo, foi associada aos “Parâmetros de vigilância”. Contudo, no processo de análise factorial, a

correlação das questões relativas à “Dor” eram baixas com o “Factor 2” e mais elevadas com o “Factor 1”, que agrega itens relativos a “complicações”; razão que nos poderia levar a associar a “Dor” a este último factor. No entanto, as quatro questões (Q10, Q64, Q65, Q67) agregam de forma clara num único conceito, que nos parece ir para além da mera vigilância da dor, expandindo a sua abordagem às questões do seu controlo e gestão. Por estas razões decidimos considerar o “*Controlo da Dor*” como um dos conceitos importantes a reter do processo de análise factorial.

Pelo exposto, podemos dizer que o processo de análise factorial veio reforçar a lógica de categorização adoptada durante a primeira fase do estudo, acrescentando-lhe (dando o devido destaque) a informação relativa ao “*Controlo da Dor*”.

Assim, em função daquilo que são os resultados das duas fases da investigação, estamos em condições de afirmar que, no Departamento de Cirurgia do HSA, a informação que é recolhida e documentada pelos enfermeiros no seu SI e que mais releva para os médicos diz respeito a:

- 1) “*Complicações e preparação para a alta*”;
- 2) “*Parâmetros de vigilância*”;
- 3) “*Medicação*”;
- 4) “*Controlo da Dor*”.

Assumindo estas dimensões como a informação mais relevante para os médicos, importa discutir o seu nível de acessibilidade.

5.2.4. Da relevância e acessibilidade das principais categoriais de informação relevante

Depois de identificadas quatro “*novas variáveis*” ou “*conceitos*” entendemos adequado olhar para cada uma delas, em termos do confronto dos seus valores de relevância e acessibilidade. Para isso procedemos a um processo de computação das novas variáveis, a partir das variáveis que lhe estão na origem (Pestana & Gageiro, 2000). A forma de obtenção dos valores das “*novas variáveis*” baseou-se no cálculo da média (ignorando os nulos) dos *scores* das variáveis originais. Desta forma, os valores obtidos

correspondem a um nível de mensuração quantitativo contínuo, dentro de um intervalo de 1 – 5.

A tabela seguinte apresenta os valores obtidos para cada uma das quatro principais dimensões de informação relevante, em termos de relevância e acessibilidade.

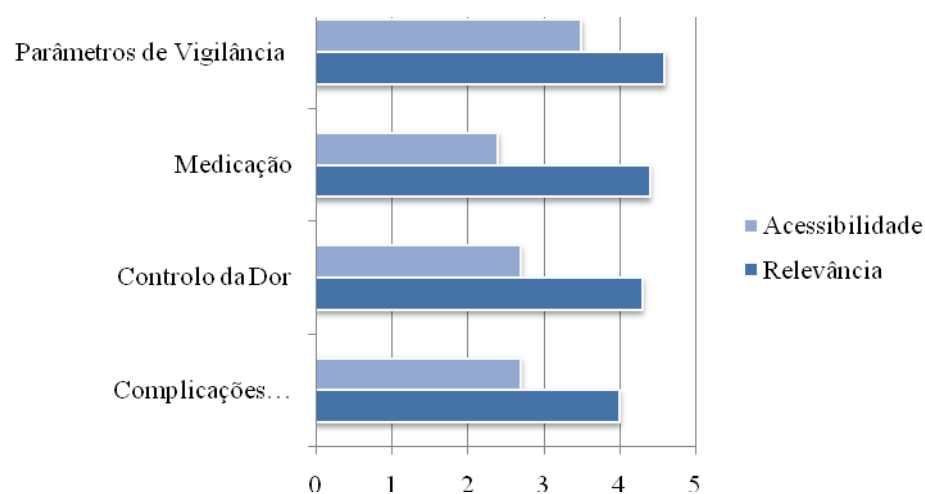
Tabela 10: Relevância vs Acessibilidade das principais dimensões da informação

Dimensão	Relevância				Acessibilidade			
	Mín.	Máx.	DP	Média	Média	DP	Máx.	Mín.
<i>Complicações...</i>	1,0	5,0	0,8	4,0	2,7	1,0	5,0	1,0
<i>Parâmetros de Vigilância</i>	3,6	5,0	0,5	4,6	3,5	0,9	5,0	1,0
<i>Medicação</i>	2,2	5,0	0,7	4,4	2,4	0,9	5,0	1,0
<i>Controlo da Dor</i>	1,5	5,0	0,9	4,3	2,7	1,1	5,0	1,0

Com excepção dos “Parâmetros de vigilância”, que tem um valor médio de acessibilidade de 3,5, ainda assim cerca de 1 ponto abaixo do seu valor médio de relevância, todas as outras principais dimensões da informação relevante têm níveis de acessibilidade substantivamente reduzidos. Aqui, merece destaque a “Medicação” com o valor médio de acessibilidade mais baixo.

No gráfico que se apresenta de seguida, procuramos ilustrar o diferencial que existe entre a relevância das principais dimensões de informação com valor para os médicos e o seu nível de acessibilidade.

Gráfico 3: Relevância vs Acessibilidade das principais dimensões da informação

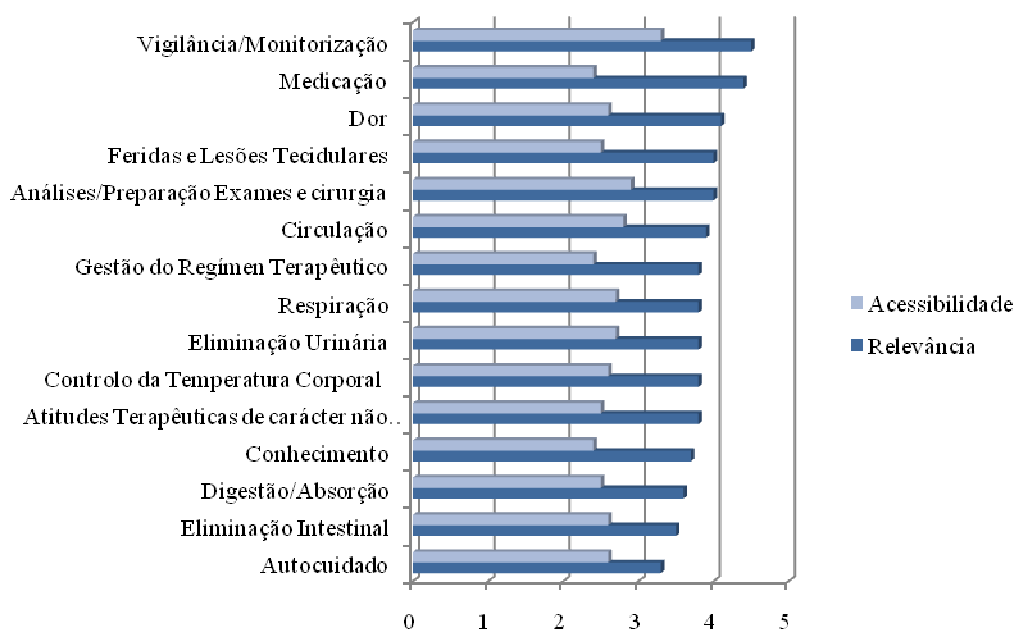


É um traço dominante deste estudo a constatação de que o nível de acessibilidade à informação com maior valor para os médicos está aquém da sua relevância.

Como forma de sustentar esta afirmação, apresentamos de seguida uma síntese da análise que produzimos de todas as questões que integraram o questionário, agregando (de forma teórica) os diferentes itens de informação, de acordo com a própria lógica de organização do questionário. Nessa análise foram tratadas todas as questões e não apenas os 27 itens de informação que obtiveram consenso e foram sujeitos a análise factorial. Aqui incluímos todas as questões (variáveis), independentemente de terem ou não obtido consenso com os critérios que utilizamos e referimos em momento oportuno (Anexo 8). A computação das “novas variáveis” seguiu as estratégias que referimos anteriormente; correspondendo à média dos scores (ignorando os nulos). As designações adoptadas estão de acordo com as categorias do questionário (Cfr. Anexo 3), identificadas com a numeração desde 2.1 a 3.11. Assim, falamos em “vigilância/monitorização” – 2.1; “medicação” – 2.2; “Autocuidado” – 3.1; “Feridas...” – 3.3; “Digestão” – 3.7...

O gráfico seguinte faz a síntese do confronto entre os valores médios da relevância e da acessibilidade das diferentes categorias de informação, utilizadas originalmente no questionário.

Gráfico 4: Relevância vs Acessibilidade da informação (todas as questões do questionário incluídas na análise)



Este processo de análise veio evidenciar aquilo que já foi ficando dito ao longo de deste relatório. O nível de acessibilidade à informação, por parte dos médicos, está muito aquém do seu nível de relevância, o que nos desafia, a todos, a levar por diante esforços no sentido de otimizar a partilha de informação entre estes dois grupos de profissionais (enfermeiros e médicos) tão decisivos na saúde.

5.2.5. Da compreensibilidade e qualidade da informação

As duas últimas questões do questionário, utilizadas, na segunda fase do estudo, procuravam descrever a “compreensibilidade” da informação documentada pelos enfermeiros no seu SIE em uso e, ainda, a qualidade que a informação tem, na perspectiva dos médicos. A preocupação com a compreensibilidade radica na suposta dificuldade que os médicos podem ter em compreender aquilo que é documentado pelos enfermeiros, com base na CIPE[®] (Henry et al., 1998; Hoy & Hardiker, 1999; Bakken et al., 2000; Silva, 2001). Estas questões apenas avaliaram o nível global de “compreensibilidade” e qualidade da informação.

Os níveis médios de “compreensibilidade” e qualidade da informação documentada pelos enfermeiros, na opinião dos médicos inquiridos, é aceitável.

Tabela 11: Opinião dos médicos acerca da Compreensibilidade e Qualidade da informação documentada pelos enfermeiros

	Compreensibilidade	Qualidade
Média	3,0	3,3
Moda	3	3
Desvio Padrão	0,9	0,9

Contudo, devido ao facto de estes resultados não estarem centrados nos itens de informação mais relevante, devemos, no futuro olhar para as questões da “qualidade da informação”, tomando como foco da nossa atenção as categorias de informação com maior valor para os médicos. Só desta forma podemos ir avançando em termos de melhoria da qualidade das soluções de SI nos nossos serviços de saúde. A qualidade intrínseca da informação é uma das dimensões que, segundo DeLone & McLean (2003), deve ser equacionada nos processos de avaliação dos SI da saúde.

6. Discussão

Com os desenvolvimentos verificados nas tecnologias da informação, a informática tornou-se parte integrante da actividade diária dos profissionais de saúde. Neste sentido, houve um aumento da importância da reflexão sobre o conteúdo da informação a informatizar, para que os dados suprissem as necessidades dos utilizadores. Neste movimento, a Enfermagem não foi excepção, tendo ocorrido nos últimos anos um forte incremento das actividades de **Investigação & Desenvolvimento**, tomando por foco aquilo que se pode designar como “*Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem*”.

Os referidos SIE representam uma parte dos SI que “(...) *lida com aspectos de enfermagem, particularmente a manutenção de registos de enfermagem*” (CEN/TC 251/Pt 001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document, cit. por Goossen, 2000, p. 9), constituindo, na opinião de Kuhn e colaboradores (2001) “(...) *a memória colectiva organizacional*” (p. 1551) de um serviço de Enfermagem e uma parte significativa da memória colectiva dos serviços de saúde.

É um facto que a quantidade de dados que são documentados nos SIE tem vindo, ao longo dos tempos, a aumentar de forma exponencial (Silva, 1995; 2001); mas o potencial máximo de utilização daqueles dados raramente é alcançado.

Na opinião de Marin e colaboradores (2001) “*o factor chave para a deficiente utilização dos dados na geração de informação está na falta de mecanismos de transformação dos dados em informação que a tornem disponível em formatos que seja facilmente compreendida pelas pessoas certas, no momento certo*” (p. 4). Este facto é corroborado por Henry (1995) e Pelletier & Diers (2004) e, coloca um desafio deveras importante a todos aqueles que se preocupam com a gestão da informação que é gerada pelos cuidados de saúde. Em resultado, Daqui resulta, a problemática da partilha de informação entre enfermeiros e médicos surge como uma das necessidades de investigação na área dos SI.

Os défices de interligação e interoperabilidade entre os SIE nos diferentes contextos de acção das práticas (mesmo quando suportados nas TIC) e os demais sistemas e aplicativos em uso, tem constituído um factor limitador da partilha e agregação de dados (ANA, 1994; 1995 a, b; Dudeck, 1998; Kuhn, et al., 2001; Ginneken, 2002;

Sousa, 2006). Esta realidade torna evidente a necessidade de “... *produção de consensos acerca dos dados e das plataformas aplicacionais...*” (Kuhn et al., op. cit., p. 1551), em todos os domínios da saúde, por forma à constituição de recursos capazes de promover a máxima utilização e interligação entre todos os pontos, profissionais e contextos que produzem/utilizam os dados relativos aos clientes. Neste trabalho, o envolvimento dos utilizadores deve ser largamente promovido (Kuhn et al., op. cit.; Silva 2001). Ora, foi neste paradigma que entendemos por adequado desenvolver o estudo aqui relatado, porque consideramos que a perspectiva dos médicos sobre a informação documentada pelos enfermeiros pode fornecer-nos apontamentos muito interessantes para a melhoria daquelas estratégias de partilha de dados.

O estudo realizado concretizou-se em duas fases. Numa primeira abordagem, do tipo qualitativa e exploratória, utilizamos a observação e as entrevistas com “*informantes – chave*” como estratégias de recolha de dados. Estas mostraram-se capazes de gerar dados válidos para a identificação das categorias de informação mais relevantes para os médicos, bem como para desvelar os problemas de acessibilidade que são experimentados por aqueles profissionais no seu quotidiano. Por outro lado, a realização da fase qualitativa cumpriu o objectivo inicialmente definido: gerar dados e um modelo de abordagem à problemática em estudo, sob o ponto de vista quantitativo.

Num relatório de investigação importa assinalar as principais limitações do estudo realizado, enquanto uma estratégia de leitura adequada dos seus (do estudo) resultados. Admitimos que durante a primeira fase do estudo, o nosso conhecimento do “terreno” onde foi realizado o trabalho de campo possa ter-nos levado para o trabalho interpretativo com alguns (pré) conceitos muito enraizados. Por outro lado, a nossa familiaridade com a realidade estudada facilitou a entrada e estadia no terreno, enquanto investigadores. A complementaridade entre a abordagem qualitativa e a fase quantitativa (sem envolvimento do investigador), procurou incorporar no desenho de pesquisa maior robustez e validade. Este esforço de triangulação de métodos e, simultaneamente, de dados sobre o mesmo fenómeno em estudo (Polit & Hungler, 1995; Fortin, 2003) traduziu o referido esforço de conferir maior validade aos resultados, facto atestado pelo nível de convergência entre os resultados das duas fases da investigação.

Relativamente à validade dos resultados do estudo, importa sublinhar três aspectos. Em primeiro lugar, o facto de o estudo ter sido realizado num contexto muito específico e

particular – Departamento de Cirurgia do HSA - deve-nos fazer olhar para os resultados com grandes cautelas, na medida em que o potencial de generalização dos achados é reduzido.

Por outro lado, este estudo, que como um todo pode ser entendido como um “estudo de caso” (Yin, 2002), não tem pretensões de “validade externa”; quer isto dizer que os seus resultados estão ancorados na realidade de onde emergiram. Contudo, o potencial de transferabilidade dos resultados é ou será atestada pelo seu potencial de utilização noutros ambientes.

Com efeito, nem mesmo a realização da segunda fase do estudo – de perfil quantitativo – assegura qualquer “validade externa”, na medida em que o tipo (de conveniência) e dimensão da amostra utilizada impedem qualquer extrapolação dos resultados para outras realidades que não foram estudadas.

O nível de participação e envolvimento dos médicos nas duas fases do estudo foi assinalável, o que nos ajuda a sustentar os seus (do estudo) objectivos e metodologia. No particular da segunda fase do estudo, a taxa de retorno dos questionários cifrou-se em 67,1%, valor muito acima daquilo que é considerado como “*bom*” pela literatura (Hill & Hill, 2002). Para além disso, das cerca de 100 questões que faziam parte do instrumento, apenas duas (Q25 e Q36) tiveram um número de respostas inferior ao número de respondentes (51). Em concreto, nas duas questões referidas, o número de resposta válidas foi 50. Desta forma, o que pretendemos realçar é o significado que, para os participantes (médicos), o estudo assumiu.

Os resultados do estudo permitiram-nos identificar qual a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros com maior relevância para a actividade quotidiana dos médicos, no Departamento de Cirurgia. Neste momento, estamos em condições de afirmar que a informação mais importante para os médicos refere-se a “*complicações*” ou “*anormalidades*” do decurso do roteiro clínico dos clientes. Aqui, destacam-se itens de informação relativos à ocorrência de “*febre*”, “*complicações na ferida cirúrgica*” ou “*problemas respiratórios*”. Por outro lado, na segunda fase do estudo, também merece destaque o valor da informação relativa à preparação, através de “*ensinos*”, dos clientes para o seu “*regresso a casa*”.

Os itens de informação relativos aos “*Parâmetros de vigilância*” dos clientes, onde se inscrevem aspectos como os sinais vitais, as drenagens, (entre outros), constituem uma

categoria de informação que resulta da actividade dos enfermeiros e que se reveste de grande valor para os médicos. A par desta categoria, importa sublinhar o relevo que a informação relativa à concretização dos regimes medicamentosos - “*Medicação*” - dos clientes assume.

O “*Controlo da dor*” foi outra das categorias de informação decisiva para os médicos, facto que, muito provavelmente, deriva da natureza cirúrgica do contexto onde foi desenvolvido o estudo.

Com base no material que resultou da segunda fase do estudo, ensaiamos alguns procedimentos de análise estatística inferencial, com o intuito de identificar algumas diferenças e/ou associações com significado estatístico (a um nível de significância de 0,05), entre as variáveis de atributo dos respondentes (médicos) e a relevância e acessibilidade das principais categorias de informação identificadas.

Da análise realizada, podemos afirmar que ao nível de significância adoptado, as variáveis que caracterizam os respondentes (idade, sexo, categoria profissional...) não explicam diferenças ou revelam associações com os níveis de relevância e acessibilidade da informação estatisticamente significativas.

As associações entre a idade e o tempo de exercício profissional dos participantes com o nível de relevância e acessibilidade das categorias de informação que resultaram da análise factorial - “*Complicações...*”; “*Parâmetros de vigilância*”; “*Medicação*”, e “*Controlo da dor*” -, através do coeficiente de correlação de *Spearman* não têm significado estatístico. Quando se divide a amostra em dois grupos, em função da idade (grupo “até 35 anos de idade” e grupo “com idade igual ou superior a 35 anos”), através do teste *U Mann-Whitney*, não são evidentes diferenças com significado estatístico nos valores de relevância e acessibilidade da informação.

Com recurso ao mesmo teste não paramétrico, também não são evidentes diferenças com significado estatístico, em termos de relevância e acessibilidade, entre respondentes homens e mulheres. A aplicação do teste *Kruskal-Wallis* não revelou diferenças com significado estatístico nos valores verificados nas variáveis dependentes (relevância e acessibilidade da informação), em função das categorias profissionais dos respondentes.

7. Conclusões e Recomendações

Reconhecidamente, a actividade médica tem uma larga base de sustentação nas práticas de Enfermagem. As relações entre os dois grupos profissionais são intensas e, acrescentamos, decisivas para a qualidade dos cuidados. É um facto que, muito provavelmente, os maiores consumidores da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros são os médicos. Neste cenário, existe uma enorme preocupação por parte dos enfermeiros que essa informação seja precisa e fiável. A qualidade e continuidade dos cuidados dependem fortemente da qualidade com que estes dados são produzidos e partilhados nos SI. Contudo, nem sempre a informação que é clara para o utilizador que insere os dados, é clara para o utilizador que consome os *outputs*. Por outro lado, os médicos, enquanto consumidores da informação documentada pelos enfermeiros, têm necessidades diversas de dados e atribuem-lhe diferentes níveis de relevância. Daqui resulta que, nem toda a informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros tem o mesmo valor para a actividade clínica dos médicos. Assim, importa responder à questão: *Qual a relevância da informação documentada pelos enfermeiros para os médicos?*

O estudo que desenvolvemos permitiu criar um discurso de resposta à interrogação colocada, representando um contributo para a consolidação de estratégias capazes de promover a partilha de informação significativa entre enfermeiros e médicos.

De acordo com os resultados do percurso de investigação que levamos por diante, somos capazes de afirmar que, da informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros, para os médicos os dados que têm maior valor estão associados às “*complicações e preparação do regresso a casa*” dos clientes. As “*complicações*” representam dados intercorrentes e aspectos do percurso clínico dos clientes que saem daquilo que é expectável. Durante a segunda fase do estudo ficou claro um aspecto que durante a fase qualitativa não fomos capazes de identificar: a relevância da informação relativa à “*preparação do regresso a casa*” dos clientes, para os médicos. Aqui, destacam-se as questões centradas nos processos de aprendizagem dos clientes, em particular para lidarem com os seus regimes terapêuticos no domicílio. Os “*parâmetros de vigilância*” e a “*medicação*” constituem duas das categorias *major* de informação relevante para os médicos. Estes aspectos decorrem directamente das prescrições médicas. O “*controlo da dor*” é outro domínio com relevância. Toda a informação

relativa à ocorrência de episódios de dor e estratégias mobilizadas para a sua gestão assumem o estatuto de itens de informação a serem incluídos num modelo de partilha de informação entre o módulo de enfermagem e o módulo médico dos SI. Os itens de informação mais relevante para os médicos, de acordo com aquilo que emergiu do estudo, não têm um vínculo estreito com o facto do dados resultarem da prescrição médica ou da actividade autónoma dos enfermeiros. Quer isto significar que a relevância da informação está intimamente associada à própria natureza dos dados e não a lógicas corporativas de olhar para o recurso - Informação.

A triangulação de uma abordagem qualitativa com uma perspectiva quantitativa mostrou-se adequada e permitiu identificar um alto nível de convergência entre os resultados, o que nos ajudou na construção de um discurso explicativo mais consistente sobre o fenómeno em estudo.

Verificamos que o SIE em uso (SAPE) é repositório de toda a informação relevante ao médico. Contudo, existem problemas de acessibilidade à informação por parte dos médicos, nomeadamente, em termos de visualização no SAM e na produção de relatórios.

Os problemas de acessibilidade identificados no estudo reportam-se à “*diluição da informação relevante*” no seio de toda a informação partilhada; a “*ausência de sistemas de alertas*”, que permitam ao médico, de forma expedita, ter acesso a parâmetros que se desviam da normalidade; “*relatórios com défices de integridade referencial*” entre os itens de informação, o que acaba por dificultar o acesso aos dados relevantes. Para além disso, outro dos problemas experimentado pelos médicos deriva da possibilidade de apenas poderem construir “*relatórios individuais*”. Esta circunstância impede a construção de documentos de trabalho que agreguem a informação relativa a “*grupos de doentes*”.

Os níveis de acessibilidade à informação relevante são consideravelmente mais baixos que os seus padrões de relevância. Desta forma, torna-se pertinente melhorar a acessibilidade a esses dados, uma vez que é esta informação que releva para efeitos da promoção da continuidade e qualidade dos dados.

Os resultados deste estudo podem ser um contributo para os processos de (re)engenharia dos SI, quer por parte das entidades públicas, quer por parte das empresas que, no mercado, desenvolvem soluções de SI para os serviços de saúde. À escala do Centro

Hospitalar do Porto (CHP), aquilo que ficou evidente com a investigação realizada deverá ser incorporado nos modelos de partilha de informação entre os enfermeiros e médicos, na medida em que os “problemas” identificados e respectivas (hipotéticas) soluções são tecnologicamente viáveis e “simples”.

Em termos de projectos de investigação, importava produzir réplicas deste estudo em maior escala e, simultaneamente, noutros contextos, como forma de consolidar ou refutar aquilo que resultou desta primeira abordagem, marcada por claras limitações.

As questões relativas à qualidade da informação (identificada como relevante) devem ser exploradas, facto que neste estudo não foi objecto de abordagem suficientemente profunda e competente.

Por outro lado, importava evoluir na realização de estudos que, numa perspectiva de avaliação dos SI, incorporassem a satisfação dos médicos (utilizadores), como um parâmetro dos processos de monitorização do uso de soluções de sistemas suportadas nas TIC.

Estudos que olhem para o fenómeno da partilha de informação entre dois dos grupos profissionais mais decisivos na saúde (médicos e enfermeiros) são imperativos. Neste quadro, importava olhar para a questão colocada nesta investigação, mas numa lógica da informação documentada pelos médicos e mais relevante para os enfermeiros.

Por último, no futuro, seria adequado olhar para os benefícios que resultam da informação disponível nos SI da saúde, incorporando a perspectiva dos gestores que se encarregam da governação em saúde. Também, aqui a questão da relevância e acessibilidade à informação merece ser equacionada.

Referências

- Abdelhak, M.; Grostick, S.; Hanken, A. & Jacobs, E. (2007). Health information: management of a strategic resource. Philadelphia, W.B. Saunders.
- ACSS. (2009). RSE – Registo de Saúde Electrónico: Documento estado da arte (versão 2.0). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilibrios.
- Ammenwerth, E.; Brender, J.; Nykanen, P.; Prokosch, H.; Rigby, M. & Talmon, J. (2004). "Vision and strategies to improve evaluation of health information systems: reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck." International Journal of Medical Informatics, 479-491.
- ANA. (1994). Steering Committee on Databases Congress of Nursing Practice. Position statement on: A national nursing database to support clinical nursing practice. Washington, DC: American Nurses Association.
- ANA. (1995a). An Emerging Framework: Data system Advances for Clinical Nursing Practice. Washington, DC: American Nurses Association.
- ANA. (1995b). Standards of Practice in Nursing Informatics. Washington, DC: American Nurses Association.
- Andersen, S. (2002). "Implementing a new drug record system: a qualitative study of difficulties perceived by physicians and nuses." Quality Safety Health Care, 19-24.
- Anderson, M. & Helms, L. (2000). "Talking about patients: communication and continuity of care." The Journal of Cardiovascular Nursing, 15-28.
- Anderson, M.; Helms, L. & Kelly, N. (2004). "Realigning the Communication Paradigm in Nursing Case Management". Care Management Journal. 67 – 72.
- Anthony, S. & Jack, S. (2009). "Qualitative case study methodology in nursing research: an integrative review." Journal of Advanced Nursing, 1171-1181.

- Argyris, C. (1993). Knowledge for Action: a Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change. San Francisco: Jossey – Bass.
- Bakken, S.; Cashen, M.; Mendonça, E.; O’Brien, A. & Zieniewicz, J. (2000). “*Representing nursing activities within a concept-based terminological system: evaluation of a type definition*”. JAMIA. 81 – 90.
- Ball, M.; Douglas, J. V. & Lillis, J. (2001). “Health Informatics: Managing Information to Deliver Value”. In Patel, V.; Rogers, R.; Haux, R. – MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics. Amsterdam: IOS Press, 305 – 308.
- Balnaves, M. & Caputi, P. (2001). Introduction to Quantitative Research Methods: an investigative approach. London: Sage Publications.
- Banahan, B. & Banahan, B. (1981). “Continuity as an attitudinal contract.” Journal of Family Practice, 767-768.
- Basto, M. (1998). Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Beerman, R. (1998). “Information Management and the Continuum of care”. Nursing Administration Quarterly. 49 – 53.
- Beretta, R. (1996). “A critical review of the Delphi technique”. Nurse Researcher. 79-89.
- Berg, M. (2001). “Implementing information systems in healthcare organizations: myths and challenges.” International Journal of Medical Informatics, 143-156.
- Brunt, B. A.; Gifford, L.; Hart, D. & McQueen-Goss, S. (1999). “*Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care*”. Journal of Nursing Care Quality. 1 – 10.
- Campbell, H.; Hotchkiss, R.; Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). “Integrated care pathways”. BMJ. 133 - 137.
- Carapinheiro, G. (1993). Saberes e poderes no hospital : uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto : Edições Afrontamento.

- Cardoso, A. (2003). Representação dos conceitos centrais da Enfermagem – num contexto de Saúde Materna e Obstetrícia. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Carnevali, D. & Thomas, M. (1993). Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Chau, P. Y. K. & Hu, P. J. (2002). “Investigating healthcare professionals' decisions to accept telemedicine technology: An empirical test of competing theories”. Information & Management, 297-311.
- Chocholik, J.; Bouchard, S.; Tan, J. & Ostrow, D. (1999). “The determination of relevant goals and criteria used to select an automated patient care information system: a Delphi approach”. Journal of the American Informatics Association. 219-233.
- Collière, M. (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cook, R.; Render, M. & Woods, D. (2000). “Gaps in the continuity of care and progress on patient safety.” British Medical Journal, 791-794.
- Couper, M. (1984). “The Delphi Technique: a methodological discussion”. Advances in Nursing Science. 72-77.
- Currell, R. & Urquhart, C. (2003). “Nursing records systems: effects on nursing practice and health care outcomes.” The Cochrane Collaboration, 1245.
- Daniels, N. (1997). Estratégias empresariais e Tecnologias da Informação. Lisboa: Editorial Caminho.
- Delloitte Accenture. (2004). “O processo de mudança associado à implementação de um ERP na Administração Pública Portuguesa.” Revista Informação&Informação, 38-41.
- DeLone, W. H. & McLean, R. (2003). “The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A ten-year update”. Journal of Management Information Systems, 9-30.

- Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). Handbook of Qualitative Research. London: Sage Publications.
- Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality assurance in Health Care. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Dudeck, J. (1998). "Aspects of implementing and harmonizing healthcare communication standards". International Journal of Medical Informatics, 163 – 171.
- Duffield, C. (1993). "The Delphi Technique: a comparasion of results obtained using two experts panels". International Journal of Nursing Studies, 227-237.
- Ellsbury, J.; Schneeweiss, R. & Montano, E. (1987). "Contents of the model teaching unity ambulatory care training and continuity of care of six family practice residency programs." Journal of Family Practice, 273-278.
- Eriksen, L.; Turley, J.; Denton, D. & Manning, S. (1997). "Data Mining: A Strategy for Knowledge Development and Structure in Nursing Practice". In GERDIN, U.; WAINWRIGHT, P.; TALLBERG, M. – Nursing Informatics' 97, The Impact of Nursing Knowledge and Health Care Informatics. Amsterdam: IOS Press, 383 – 388.
- Feltovich, J.; Mast, T. & Soler, N. (1989). "Teaching Medical students in ambulatory settings in departement of internal medicine." Academic Medicine, 36-41.
- Fletcher, R.; O'Malley, M. & Fletcher, S. (1984). "Measuring continuity and coordination of medical care in system involving multiple providers." Medical Care, 403-411.
- Flick, U. (2005). Métodos Qualitativos na Investigação Científica. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2008). O Erro em Medicina. 3ª Ed. Lisboa: Almedina.
- Friedman, C. P. & Wyatt, J. C. (2006). Evaluation Methods in Medical Informatics. New York, USA: Springer.

- Friedman, L. N.; Halpern, N. A. & Fackler, J. C. (2007). "Implementing an Electronic Medical Record." Critical Care Clinics, 347-381.
- Fung, C.; Woods, J.; Asch, S.; Glassman, P. & Doebbeling, B. (2004). "Variation in Implementation and Use Computerized Clinical Reminders in a Integrated Healthcare System." The American Journal of Managed Care, 878-885.
- Gil, A. (1999). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Ginneken, A. (2002). "The computerized patient record: balancing effort and benefit". International Journal of Medical Informatics. 97 – 119.
- Goetz, J. & LeCompte, M. (1988). Etnografia y diseño cualitativo en investigación educativa. Madrid: Ediciones Morata.
- Goossen, W. (2000). Towards strategic use of nursing information in the Netherlands. Gronigen: CIP: Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.
- Grol, R. & Wensing, M. (2004). "What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence - based practice." The Medical Journal of Australia, S57-S60.
- Guimarães, E. & Évora, Y. (2004). "Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência." CI. Inf. Brasília, 72-80.
- Haggerty, J.; Reid, R.; Freeman, G.; Starfield, B.; Adair, C. & McKendry, R. (2003). "Continuity of care: a multidisciplinary review." British Medical Journal, 1220-1222.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1994). Etnografia: métodos de investigação. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Hannah, K.; Ball, M. & Edwards, J. (2007). Introduction to nursing informatics. Springer.
- Hargaraves, J.; Palmer, R. & Zapka, J. (1993). "Using patient reports to measure health care system performance." Quality Health Care, 208-213.
- Hayrinen, K.; Saranto, K. & Nykanen, P. (2008). "Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature." International Journal of Medical Informatics, 291-304.

- Henry, B.; Elfrink, V.; Mcneil, B. & Warren, J. (1998). "The ICNP®'S relevance in US". International Nursing Review. 151 – 157.
- Henry, S. B. (1995). "Nursing informatics:state of the science". Journal of Advanced Nursing, 1182-1192.
- Henry, S. (1997). "Nursing Classification Systems: necessary but not sufficient for representing "what nurses do" for inclusion in computer-based patient record systems." Journal of the American Medical Informatics Association, 222-232.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). Investigação por questionário. Lisboa: 2ª Ed. revista e corrigida. Sílabo.
- Hogg, M. & Tindale, S. (2001). Blackwell handbook of social psychology: group process. Oxford: Blackwell publishers Ltd.
- Hogg, M. & Vaughan, G. (1998). Social Psychology. 2ª ed. Great Britain: Prentice Hall Europe.
- Hovenga, E. (2001). "Nursing information and the use of electronic health records". Australian Nursing Journal. 39 – 49.
- Hoy, D. & Hardiker, N. (1999). "Representing Nursing: The Puzzle of Language and Classification". In: Mortensen, R. ICNP® and Telematic Applications for Nurses in Europe. Amsterdam: IOS Press
- Hughes, R.; Lloyd, D. & Clark, D. (2008). "A conceptual model for nursing information." International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 48-56.
- ICN. (2000). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2002). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

- ICN. (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. (CIPÉ® versão 1- Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ISO/IEC (1993). "Information technology - Vocabulary - Part 1: Fundamental terms. Edition: 3.0". International Organization for Standardization/International Electrotechnical Commission. 32.
- Jesus, H. (2004). Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ketele, J. & Roegiers, X. (1993). Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kiefe, C. & Harrison, P. (1993). "Post-hospitalisation follow-up appointment-keeping among the medically indigent." Journal of Community Health, 271-282.
- Kreiter, C. & Bergus G. (2000). "The validity of performance-based measures of clinical reasoning and alternative approaches". Medical Education. 320-325.
- Kuhn, K. A.; Giuse, D. A.; Bakker, A. R.; Ball, M. J. & Gell, G. (2001). "Challenges in Deploying Health Information Systems". In Patel, V.; Rogers, R. & Haux, R. MEDINFO 2001 Proceedings of the 10 th World Congress on Medical Informatics. Amsterdam: IOS Press, p. 1551.
- Lapão, L. (2005). "A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitectura de sistemas e de profissionais altamente qualificados". 4, s.l. : Revista de Estudos politécnicos, Vol. 2. 1645-9911.
- Lau, F. (2009). "Extending the Infoway Benefits Evaluation Framework for Health Information Systems". In: Daniel, M. (Ed). Advances in Information Technology and Communication in Health. ITCH 2009 Steering Committee and IOS Press: IOS Press, 406 – 413.
- Le Boterf, G. (1994). "Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar". Formar. n.º 10. 40-46.

- Le Boterf, G. (1998). De la compétence à la navigation professionnelle. Paris: Les éditions d'organisation.
- Lee, J. & Dean, H. (1995). Practice-education synergy: a research focus on continuity of care. Nursing Outlook.
- Lee, T. (2008). "Nursing information: users' experiences of a system in Taiwan one year after its implementation." Journal of Clinical Nursing, 763-771.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity and universality. New York: National League for Nursing Press.
- Lemmer, B. (1998). "Successive surveys of an expert panel: research in decision making with health visitors". Journal of Advanced Nursing, 538-545.
- Lima, M. (1993). "Atitudes". In Vala, J. & Monteiro, M. Psicologia social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 167-200.
- Linstone, H. & Turoff. (2002). The Delphi Method: Techniques and Applications. Ed. Murray Turoff & Harold A Linstone. On line: <http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/>.
- Losee, R. M. (1997). "A Discipline Independent Definition of Information". Journal of the American Society for Information Science. 254 – 269.
- Lussato, B. (1995). Informação, Comunicação e Sistemas. Lisboa: Dinalivro.
- MacDonald, C. (1997). "The barriers to electronic medical record system and how to overcome them." Journal of the American Medical Informatics Association, 213-221.
- Marconi, M. & Lakatos, E. (1985). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas.
- Marin, H. F.; Rodrigues, R.; Delaney, C.; Nielsen, G. H. & Yan, J. (2001). Building Standard-Based Nursing Information Systems. Washington, D. C.: Pan American Health Organization.
- Martin, A.; Hinds, C. & Felix, M. (1999). "Documentation practices of nurses in long-term care." Journal of Clinical Care, 345-352.

- Martins, C. (2006). Melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo centrado nos resultados. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- McAlearney, A. & Schweikhart, S. (2005). "Organizational and physician perspectives about facilitating handheld computer use in clinical practice: results of a cross-site qualitative study." Journal of American Information Association, 568-575.
- McAlearney, A.; Schweikhart, S. & Medow, M. (2004). "Doctors`experience with handheld computers in clinical practice: qualitative study." British Medical Journal, 1-5.
- Morse, J. & Field, P. (1998). Nursing Research: the application of a qualitative approaches. London: Stanley Thornes.
- Nahm, R. & Poston, I. (2000). "Measurement of the effects of an integrated point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction." Computers in Nursing, 220-229.
- Nielsen, G. (1999). "Telenurse Introduction to β - ICNP®". In Research and Technology Development project HC4029: Telematic Applications for Nurses: Integration and Dissemination of European Nursing Terminology in Information Technology. Copenhagen: Danish Institute for Health and Nursing Research.
- Noble, E. & Klein, L. (2000). "Quality assurance: the measure of quality culture in a managed care setting." Total Quality Management, 199-205.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistema de Informação em Enfermagem - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Divulgar. Dezembro.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2003). Conselho de Enfermagem: Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.

- Oroviogioicoechea, C.; Elliott, B. & Watson, R. (2007). "Review: evaluating information systems in nursing." Journal of Clinical Nursing, 567-575.
- Osheroff, J.; Teich, J.; Middleton, B.; Steen, E.; Wright, A. & Detmer, D. (2007). "A Roadmap for National Action on Clinical Decision Support". Journal of the American Medical Informatics Association, 141 - 145.
- Padilha, M. (2006). Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pelletier, D. & Diers, D. (2004). "Developing Data for Practice and Management: an Australian Educational Initiative". Computers, Informatics, Nursing. 197-202.
- Pereira, F. (2001). Teor e valor da informação para a continuidade dos cuidados. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pereira, F. (2007). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pereira, F. (2009). Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Coimbra: Formasau.
- Pestana, M. & Gageiro, J (2000). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 2ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo.
- Poissant, L.; Pereira, J.; Tamblym, 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, 505-516.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed.
- Rebelo, M. T. (1998). "Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos?" Enfermagem. n.º 10 (2ª série), 14-19.

- Rivo, M.; Saultz, J. & Wartman, S. (1994). "Defining the generalist physician's training." Journal of American Medical Association, 1499-1504.
- Ruane, T. & Brody, H. (1987). "Understanding and teaching continuity of care." Journal of Medical Education, 969-974.
- Saba, V. (2001). "Nursing Informatics: yesterday, today and tomorrow." International Council of Nurses, 177-187.
- Senge, P.; Kleiner, A.; Roberts, C.; Ross, R.; Roth, G. & Smith, B. (1999). The Dance of Change. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Shortliffe, E. & Brody, H. (2006). Biomedical Informatics - Computer Applications in Health Care and Biomedicine. Springer Science.
- Silva, A. (1995). Registos de enfermagem: da tradição Scripto ao discurso Informo. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, A. (2001). Sistemas de Informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, A. (2006). Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa da mudança. Coimbra: Formasau.
- Simões, A. & Simões, J. (2007). "Avaliação Inicial de Enfermagem em linguagem CIPE segundo necessidades humanas fundamentais." Referência, 9-23.
- Sousa, P. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Sousa, P.; Gonçalves, P.; Silva, A.; Santos, A. T.; Ribeiro, A. L.; Cardoso, M. J. & Machado, P. (1999). Projecto EnfInCo. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub – Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- Spradley, J. (1979). The ethnographic interview. New York: Holt.

- Starfield, B. (1980). "Continuous Confusion?" American Journal of Public Health, 117-118.
- Stempsey W. (2009). "Clinical reasoning: new challenges". Theoretical Medicine & Bioethics. 173-179.
- Strauss, A. & Corbin, J (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Sullivan, E. & Brye, C. (1983). "Nursing's future: use of Delphi technique for curriculum planning". Journal of Nursing Education. 187-189.
- Urquhart, C. & Currell, R. (2005). "Reviewing the evidence on nursing record systems." Health Informatics Journal, 33-44.
- Van Der Meijden, M.; Tange, H.; Troost, J. & Hasman, A. (2003). "Determinants of success of impatient clinical information systems: a literature review". Journal of the American Medical Informatics Association. Vol.10, Issue 3; 235.
- Vanhaecht, K.; Bollmann, M. & Bower, K. (2006). "Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries — an international survey by the European Pathway Association". Journal of Integrated Care Pathways. 28 - 34.
- Venkatesh, V.; Morris, M.; Davis, G. & Davis, F. (2003). "User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View". MIS Quarterly. 425 – 478.
- Wall, E. (1981). "Continuity of care and family medicine: definition determinants, and relationship outcome." Journal of Family Practice, 655-666.
- Yin, R. K. (2002). Case Study Research: Design and Methods. Applied Social Research Methods Series. Vol. 5. 3rd edition. Sage Publications.
- Zorrinho, C. (1999). "O mundo virtual: Cadernos de gestão dos sistemas e tecnologias da informação Henrique Marcelino." Instituto de Informática, 1-29.

Anexos

Anexo 1: Pedido de Autorização/Autorização do CHP (Fase I do estudo)

Anexo 2: Pedido de Autorização/Autorização do CHP (Fase II do estudo)

Anexo3: Questionário

Anexo 4: Consentimento Informado dos Participantes

Anexo 5: Documento Informativo

Anexo 6: “Gestão de Cuidados” (Folha da Enfermeira Responsável)

Anexo 7: Folhas de Vigilância (Folhas do “*Fundo da Cama*”)

Anexo 8: Análise de todas as variáveis do Questionário

ANEXO 1

Pedido de Autorização/Autorização
do CHP (Fase I do estudo)



FOLHA DE ROSTO

Estudos de Investigação

FOLHA DE ROSTO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

É da responsabilidade do proponente (Investigador Responsável junto do HGSA):

1. Verificar que o estudo de investigação obedece às normas pré definidas.
2. Preencher a folha de rosto.
3. Garantir o consentimento local (modelos disponíveis).
4. Reunir os documentos necessários e entregá-los no Secretariado de Estudos de Investigação (SEI).

A recepção no Secretariado só será efectuada mediante cumprimento das normas e entrega dos documentos previstos.

PRAZO necessário para obter o parecer institucional: **60 dias** após a entrega de todos os documentos necessários. Excepções: Projectos financiados pelo HGSA, em que será válido o prazo estipulado no regulamento do concurso. Casos que a aprovação dependa de parecer externo (ex. Ensaio Clínico – Infarmed – CEIS).

DESIGNAÇÃO DO ESTUDO – Sistemas de Informação: Teor e valor da informação partilhada – um estudo de caso

INVESTIGADORES

Investigador principal (ou Aluno) ¹

Liliana Andreia Neves da Mota

Enfermeira no Serviço de Cirurgia 3

saxoenfermeira@gmail.com; Telemóvel: 963113737

Assinatura

Investigador responsável no HGSA (Orientador no HGSA) ²

Nome

Grupo / Categoria Profissional [ou Curso / Ano]

Instituição / Serviço [ou Universidade / Faculdade ou Escola]

E-mail Telefone Telemóvel

Assinatura

Outros investigadores do HGSA

Nome

Grupo / Categoria profissional

Serviço

Nome

Grupo / Categoria profissional

Serviço

SERVIÇOS do HGSA onde o estudo vai ser realizado

Serviço de Cirurgia 3 – Departamento de Cirurgia

INSTITUIÇÕES intervenientes para além do HGSA

Instituições

INDIQUE AQUI A DATA LIMITE SE TIVER PRAZOS A CUMPRIR

2009 / 01/31

¹ Indicar o nome do aluno no caso de trabalho académico (estudos de investigação integrados em licenciaturas ou mestrados).

² Indicar o nome do Investigador Responsável no HGSA sempre que o Investigador Principal não pertença à instituição. No caso de trabalhos académicos (integrados em licenciatura ou mestrados), indicar o nome do Orientador no HGSA e o nome do Supervisor da Instituição a que o aluno pertence.

Assinale com X as opções correctas:

VERSÃO do estudo

Novo ☒ Modificação ☐ Prolongamento ☐

CLASSIFICAÇÃO do estudo

Trabalho académico (TA) ☒ (Licenciatura ☐ Mestrado ☒)
Projecto de investigação (PI) ☐ (Doutoramento ☐)
Ensaio clínico (EC) ☐
Outro ☐ Qual?

DESENHO do estudo

Quanto ao alvo da experimentação

Animais ☐ Humanos ☐

Quanto aos Países / Instituições envolvidas

Multinacional ☐ Nacional ☐

Multicêntrico ☐ Institucional ☐

Quanto às características do estudo

Retrospectivo ☐ Prospectivo ☐

Transversal ☐ Longitudinal ☐

Observacional ☒ Experimental ☐

Quanto à natureza do estudo

Clínico ☐ Terapêutico ☐

Epidemiológico ☐ Laboratorial ☐

Outros ☒

Quanto à existência de grupo controlo

Não controlado ☐ Controlado ☐

(Contra placebo ☐)

Quanto à selecção dos indivíduos

Não aleatório ☒ Aleatório ☐

Quanto ao conhecimento

Aberto (não cego) ☐ Cego ☐

(Duplamente cego ☐)

Quanto à fase do estudo (se EC)

Fase I ☒ Fase II ☒ Fase III ☐ Fase IV ☐

Outros aspectos

Saída de amostras p/ instituições privadas Não ☐ Sim ☐

Consentimento informado escrito Não ☐ Sim ☒

Realização de estudos genéticos Não ☐ Sim ☐

Realização de inquéritos Não ☐ Sim ☒

Recolha de dados clínicos Não ☐ Sim ☐

DATAS previstas

Início 01 / 04 / 2008 Conclusão 31 / 01/2009

INDICADORES de avaliação (indique um ou mais)

Relatórios de progresso ☐ Relatório final ☒

Outros ☐ Quais?

FINANCIAMENTO do estudo (indique um ou mais)

Total _____ Euros

Interno (HGSA) ☐

Parcelar _____ Euros

Externo (Outros) ☐

Parcelar _____ Euros

* Indique outras entidade (s) financiadora(s):

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração

LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA na qualidade de Investigador Responsável, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização no HGSA o estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO**, cujo processo se junta em anexo.

O Investigador Principal

Exmo. Senhor
Director do DEFI do HGSA
Prof.^a Doutora Margarida Lima

LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA na qualidade de Investigador Responsável, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização no HGSA o estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO**, cujo processo se junta em anexo.

Data

O Investigador Principal



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação **Modelo de termo de responsabilidade Investigadores**



MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE **Investigador Principal**

LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA na qualidade de Investigador Responsável, declaro assumir a liderança científica do Estudo de Investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO**, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados e com as normas internas da Instituição.

Data

O Investigador Principal



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação **Modelo de termo de responsabilidade Orientadores e Supervisores**



MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

Supervisor da instituição a que o aluno pertence

FILIPPE MIGUEL SOARES PEREIRA na qualidade de Supervisor de **LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA**, aluna do **Mestrado em Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**, comprometendo-me a prestar a supervisão necessária para uma boa execução do trabalho académico de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO**, de acordo com o programa de trabalhos e meios apresentados, de acordo com as normas internas da Instituição.

O Supervisor



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Director de Departamento

VITOR MANUEL RIBEIRO, na qualidade de Director do Departamento de **Cirurgia**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

O Director de Departamento



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação

Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE **Director de Serviço**

MANUEL FERNANDO PIRES CLARO TEIXEIRA, na qualidade de Director do Serviço de **CIRURGIA 3**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Director de Serviço

Para: ENF.ª LILIANA ANDREIA N. MOTA De: PRESIDENTE DO CONSELHO DE
CIRURGIA 3 ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 09 DE MAIO DE 2008

Tel.: Págs.:

Ref.: N/ REF.º 037/08(023-DEFI/NA-CES) CC:

☒ Urgente ☐ Apreciar p.f. ☐ Comentar p.f. ☐ Responder p.f. ☐ Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico - "Sistemas de Informação: Teor e valor da
informação partilhada - um estudo de caso"

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª em carta datada de 25 de Março de 2008,
informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de
Investigação/DEFI, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo
que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, no Serviço de
Cirurgia 3, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Liliana Andreia Neves da Mota.

Com os melhores cumprimentos,



Sílvia Allegro
Presidente do C.A.

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar
a nossa ref.ª.



FORMULÁRIO de registo institucional
Estudos de Investigação

N.º Interno: 037/08(023-DEF/INA-CES)

Título: "Sistemas de Informação: Teor e valor da informação partilhada - um estudo de caso"

SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)

☐ Recepção no SEI

29/03/2008

Ass. [Assinatura]

☐ Enviado ao DEFI p/ parecer

29/03/2008

Ass. [Assinatura]

☐ Enviado à CES p/ parecer

/ /

Ass. _____

☐ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer

08/05/2008

Ass. [Assinatura]

☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass. _____

☐ Enviado ao CA p/ autorização

05/05/2008

Ass. [Assinatura]

☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer do DEFI

07/05/2008

Ass. [Assinatura]

☐ Recebido parecer da CES

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer da Direcção Clínica

08/05/2008

Ass. [Assinatura]

☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass. _____

☐ Recebida autorização do CA

/ /

Ass. _____

☐ Informado proponente da decisão

/ /

Ass. _____

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

☐ Recepção na CES

/ /

Ass. _____

Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. _____

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. _____

Parecer da CES ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass. _____

Observações

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass. _____

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

/ /

Ass. _____

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA (CFT)

☐ Recepção na CFT

/ /

Ass. _____

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass. _____

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass. _____

Observações

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)

☐ Recepção no CA

09/05/2008

Parecer do CA

☐ Autorizado ☐ Não autorizado

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

/ /

Ass. _____

Observações

DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

☐ Recebido no Secretariado do GCI

28/03/08

Ass.

☐ Reenviado ao SEI

08/05/08

Ass.

GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)

Apreciação do GCI ☒ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

21. Abril. 2008

A sequência da análise do projecto de investigação pelo GCI verifica-se a falta de alguns documentos e foram solicitados alguns esclarecimentos à Investigadora Principal (e-mail com Parecer do GCI em anexo enviado em 21.04.08).

Zsolt Fülöp (GCI)

07.05.2008

O projecto foi reapresentado, após envio dos esclarecimentos solicitados e documentos em falta pela Investigadora, em anexo vai a proposta de realização da 1ª fase do estudo. Parecer favorável para aprovação da 2ª fase do estudo faz de ser enviado o questionário elaborado e autorização dos Directores de Serviço do Dep. Liturgiz. É enviado à Investigadora o Parecer final do GCI para conhecimento.

Zsolt Fülöp (GCI)

✓
Parecer favorável a esta fase do projecto (de acordo com o parecer do GCI)
8/5/08

PROF. DOUTOR A. MARTINS DA SILVA
(Director Clínico)

ANEXO 2

Pedido de Autorização/Autorização
do CHP (Fase II do estudo)

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração

LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA na qualidade de Investigador Responsável, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização no HGSA o estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)**, cujo processo se junta em anexo.

O Investigador Principal

Exmo. Senhor
Director do DEFI do HGSA
Prof.^a Doutora Margarida Lima

LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA na qualidade de Investigador Responsável, venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.^a autorização no HGSA o estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)**, cujo processo se junta em anexo.

Data

O Investigador Principal



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação **Modelo de termo de responsabilidade Investigadores**



HOSPITAL GERAL de
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE **Investigador Principal**

LILIANA ANDREIA NEVES DA MOTA na qualidade de Investigador Responsável, declaro assumir a liderança científica do Estudo de Investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)**, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados e com as normas internas da Instituição.

Data

O Investigador Principal



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Director de Departamento

ANTÓNIO FREITAS, na qualidade de Director do Departamento de **Cirurgia**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

O Director de Departamento



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Director de Serviço

CARLOS NOGUEIRA, na qualidade de Director do Serviço de **CIRURGIA**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Director de Serviço



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Responsável de Serviço

JORGE SANTOS, na qualidade de Responsável do Serviço de **CIRURGIA 1**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Responsável de Serviço



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Responsável de Serviço

JOSÉ POLÓNIA, na qualidade de Responsável do Serviço de **CIRURGIA 2**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Responsável de Serviço



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Responsável de Serviço

LUÍS GRAÇA, na qualidade de Responsável do Serviço de **CIRURGIA 3**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Responsável de Serviço



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Director de Serviço

JOSÉ ANTÓNIO MERGULHÃO MENDONÇA, na qualidade de Director do Serviço de **ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Director de Serviço



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de autorização

Directores de Serviço e Departamento



HOSPITAL GERAL
SANTO ANTÓNIO

MODELO DE AUTORIZAÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE Director de Serviço

AVELINO FRAGA, na qualidade de Director do Serviço de **UROLOGIA**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado **SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: TEOR E VALOR DA INFORMAÇÃO PARTILHADA – UM ESTUDO DE CASO (2ªFASE)** e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

O Director de Serviço

Para: ENF.ª LILIANA ANDREIA N. MOTA
CIRURGIA 3

De: PEDRO ESTEVES
PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Fax:

Data: 08 DE SETEMBRO DE 2009

Tel.:

Págs.:

Ref.: N/ REF.º 037/08(023-DEFI/NA-CES) CC:

☒ Urgente

☐ Apreciar p.f.

☐ Comentar p.f.

☐ Responder p.f.

☐ Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico - "Sistemas de Informação: Teor e valor da
informação partilhada - um estudo de caso"
- Adenda (2.ª fase do estudo)

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, informo que, após apreciação por parte do
Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI, foi emitido **parecer favorável** sobre o
assunto em epígrafe pelo que nada há a opor.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Esteves
Presidente do Conselho de Administração

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar
a nossa ref.ª.

N.º Interno: 037/08(023-DEF/INA-CES)

Título: "Sistemas de Informação: Teor e valor da informação partilhada - um estudo de caso"

SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)

☐ Recepção no SEI

19/06/2009

Ass.

Amília

☐ Enviado ao DEFI p/ parecer

19/06/2009

Ass.

Sej

☐ Enviado à CES p/ parecer

/ /

Ass.

☐ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer

31/08/2009

Ass.

Amília

☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass.

☐ Enviado ao CA p/ autorização

08/09/2009

Ass.

Sej

☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer do DEFI

28/08/2009

Ass.

Sej

☐ Recebido parecer da CES

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer da Direcção Clínica

08/09/2009

Ass.

Sej

☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass.

☐ Recebida autorização do CA

08/09/2009

Ass.

Sej

☐ Informado proponente da decisão

09/09/2009

Ass.

Sej

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

☐ Recepção na CES

/ /

Ass.

Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass.

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass.

Parecer da CES ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass.

Observações

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass.

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

/ /

Ass.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA (CFT)

☐ Recepção na CFT

/ /

Ass.

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass.

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass.

Observações

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)

☐ Recepção no CA

08/09/2009

Parecer do CA

☒ Autorizado ☐ Não autorizado

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

09/09/2009

Ass.

Sej

Observações

DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

☐ Recebido no Secretariado do GCI

21/07/2009

☐ Reenviado ao SEI

28/8/2009

Ass. P. Barbosa

GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)

Apreciação do GCI ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

30/7/2009

O GCI analisou a adenda ao projeto de investigação "Sistemas de Informação: teor e vida de informação partilhada - um estudo de caso" e sugeriu algumas alterações, tendo sido solicitados esclarecimentos à investigadora. (e-mail enviado em 30/7/2009).
Foram ainda enviados pedidos de autorização aos atuais Diretores do Departamento de Cirurgia, Diretor do Serviço de Cirurgia, responsável do Serviço de Cirurgia 1 e 2 e responsável do Serviço de Urologia.

Ana Cristina Queiroz

28/08/2009

O GCI reafirma o projeto de acordo com os esclarecimentos enviados pela investigadora, e, havendo nada a opor à realização desta 2ª fase do estudo (Adenda)..
Parer Favorável.

O processo segue para o Secretariado em Estudos de Investigação.

Ana Cristina Queiroz

Paulo Barbosa

DR. PAULO BARBOSA
(Diretor Clínico)

ANEXO 3

Questionário

Questionário

Acessibilidade e relevância da informação documentada pelos enfermeiros para efeitos da promoção da continuidade dos cuidados numa perspectiva inter-profissional:

Opinião dos Médicos

Breve introdução e instruções para o preenchimento.

Este questionário insere-se no âmbito do projecto “Sistemas de Informação: Teor e valor da informação partilhada – um estudo de caso” a decorrer no departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Unidade Hospital Santo António. Com este questionário pretendemos identificar a informação processada e documentada pelos enfermeiros que releva, na opinião dos médicos, para a promoção da continuidade dos cuidados.

O objectivo central deste projecto é contribuir para a melhoria dos sistemas de informação em uso no Departamento de Cirurgia, de forma a, ainda que indirectamente, melhorar a qualidade global da assistência prestada.

Neste contexto, solicitamos então que, por favor, dê resposta às várias questões que lhe colocamos.

Este questionário é totalmente anónimo, pelo que, desde já lhe garantimos a completa salvaguarda da informação aqui disponível, em termos de confidencialidade.

Desde já o nosso agradecimento por se ter disponibilizado para preencher o questionário.

Muito Obrigada,

Liliana Mota

Nota: Em caso de dúvida poderá contactar a enfermeira Liliana Mota do serviço de cirurgia 3, extensão 1539 ou pelo telemóvel 963113737, ou então por correio electrónico: saxoenfermeira@gmail.com.

Tempo médio de preenchimento: 10 minutos

Tempo de devolução do questionário: 10 dias

Neste grupo (1) pretendemos obter alguns elementos de caracterização dos participantes.

1. Dados dos respondentes
1.1. Idade _____ anos.
1.2. Sexo: M ____ ; F ____
1.3. Categoria Profissional _____;
1.4. Tempo de exercício Profissional _____ anos;

Relativamente às questões incluídas nos grupos que se seguem, sugerimos-lhe que se centre na realidade actual dos Sistemas de Informação em uso (SAM – Sistema de Apoio ao Médico e SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Como pode verificar pela formulação de cada uma das questões, interessa-nos conhecer, na sua opinião, o nível de relevância ou prioridade, bem como, de acessibilidade de cada um dos itens de informação em análise.

2. Da informação que resulta das prescrições médicas

Neste grupo (2) pretendemos que responda a questões relacionadas com a informação documentada pelos enfermeiros, em resultado de prescrições médicas. Aqui estão incluídas categorias que se prendem com, por exemplo, parâmetros de vigilância; medicação; colheita de análises clínicas...

2.1. Informação relativa a parâmetros de Vigilância/Monitorização

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.1.1. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros respiratórios (exemplos: frequência respiratória; saturação de O2...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.1.2. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros circulatórios (exemplos: frequência cardíaca; tensão arterial...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.1.3. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à temperatura corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.1.4. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos às “ drenagens ” (exemplos: SNG, drenos...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.1.5. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à eliminação urinária (exemplos: características da urina, débito urinário...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.1.6. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à eliminação intestinal (exemplos: características das dejeções, número de dejeções...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mestrado em Informática Médica

Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito	2.1.7. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à glicemia capilar	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito	2.1.8. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à entrada e saída de líquidos (Balanço Hídrico)	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito	2.1.9. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à consciência (exemplo: Escala de Coma de Glasgow)	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito	2.1.10. Informação relativa à Vigilância/Monitorização de parâmetros relativos à dor (exemplos: tipo de dor, local, intensidade...)	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito	2.1.11. Outro _____ (especifique)	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Muito

2.2. Informação relativa à Medicação

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.2.1. Informação relativa à administração de medicação	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.2.2. Informação relativa à justificação da não administração de algum medicamento	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.2.3. Informação relativa à administração de medicação prescrita em "SOS"	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.2.4. Informação relativa à ocorrência de efeitos secundários/reacções adversas	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.2.5. Outro _____ (especifique)	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2.3. Informação relativa a Análises/Preparação para exames e cirurgia

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.1. Informação relativa à colheita de espécimens para análises (exemplos: hemograma, bioquímica, hemoculturas...)	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.2. Informação relativa à justificação da não realização da colheita de espécimens para análises	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.3. Informação relativa à realização da preparação para exames/cirurgia	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.4. Informação relativa à justificação da não realização da preparação para exames/cirurgia	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.5. Informação relativa à realização do exame/cirurgia	Pouco ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.6. Informação relativa à justificação da não realização do exame/cirurgia	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.3.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2.4. Informação relativa às Atitudes Terapêuticas Médicas de carácter não farmacológico

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.4.1. Informação relativa à oxigenoterapia	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.4.2. Informação relativa à inserção/remoção do cateter urinário (exemplos: calibre, dia/hora de inserção/remoção...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.4.3. Informação relativa à inserção/remoção da Sonda Nasogástrica (exemplos: calibre, dia/hora de inserção/remoção...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.4.4. Informação relativa à remoção de drenos (exemplos: dia/hora de remoção...)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	2.4.5. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Da informação associada à tomada de decisão do enfermeiro

Neste grupo (3) pretendemos que responda a questões relacionadas com a informação documentada pelos enfermeiros, associada aos cuidados de enfermagem que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, podem ser considerados como cuidados autónomos; naturalmente complementares daqueles que resultam da prescrição e decisão médica.

Aqui estão incluídas categorias que se prendem com, por exemplo, os “problemas de enfermagem” (em diferentes domínios); as respectivas intervencções...

3.1. Informação relativa ao Autocuidado² (exemplos: higiene, posicionar-se, transferir-se, alimentar-se...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio do Autocuidado	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.2. Informação relativa à evolução do estado dos “ problemas de Enfermagem ” no domínio do Autocuidado	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

² Autocuidado – Conjunto de actividades básicas de vida diária como tomar banho, vestir-se, comer, beber, deambular, transferir-se, posicionar-se na cama...

Mestrado em Informática Médica

Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelo enfermeiro face aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Autocuidado	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Autocuidado	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas pelo enfermeiro face aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Autocuidado	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Autocuidado	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.1.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.2. Controlo da Temperatura Corporal (exemplos: febre/hipertermia, hipotermia...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.1. Informação relativa aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelo enfermeiro face aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Controlo da Temperatura Corporal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.2.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.3. Feridas e Lesões Tecidulares (exemplos: feridas traumáticas, feridas cirúrgicas, úlceras de pressão, maceração...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio das Feridas	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio das Feridas	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio das Feridas	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio das Feridas	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio das Feridas	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio das Feridas	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.3.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.4. Eliminação Urinária (exemplos: Incontinências urinárias, retenção urinária...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Urinária	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Eliminação Urinária	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Urinária	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Urinária	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Urinária	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Urinária	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.4.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
--	----------------------------------	--

3.5. **Eliminação Intestinal** (exemplos: Diarreia, obstipação...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Intestinal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Eliminação Intestinal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Intestinal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Intestinal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Intestinal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Eliminação Intestinal	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.5.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.6. **Dor (es)**

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Dor	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Dor	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Dor	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Dor	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Dor	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Dor	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.6.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.7. **Digestão/Absorção** (exemplos: náusea, vômito...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.1. Informação relativa aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Digestão/Absorção	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Digestão/Absorção	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Digestão/Absorção	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Digestão/Absorção	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Digestão/Absorção	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Digestão/Absorção	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.7.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.8. **Circulação** (exemplos: hipertensão, hipotensão, arritmia, hemorragia...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.1. Informação relativa aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Circulação	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Circulação	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Circulação	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mestrado em Informática Médica

Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Circulação	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Circulação	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Circulação	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.8.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.9. **Respiração** (exemplos: tossir, expectorar, limpeza das vias aéreas, hipoxia, dispneia...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.1. Informação relativa aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio da Respiração	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.9.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.10. **Gestão do Regímen Terapêutico** (exemplos: capacidade para tomar a medicação, auto-vigilância, cumprir as orientações dos profissionais de saúde...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Gestão do Regímen Terapêutico	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio da Gestão do Regímen Terapêutico	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Gestão do Regímen Terapêutico	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Gestão do Regímen Terapêutico	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Gestão do Regímen Terapêutico	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio da Gestão do Regímen Terapêutico	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.10.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.11. **Conhecimento** (exemplos: conhecimento sobre pré/pós operatório, conhecimento sobre técnicas de analgesia (ex: PCA), conhecimento sobre medidas de prevenção da contaminação...)

Nível de acessibilidade	Itens	Nível de Relevância
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.1. Informação relativa aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio do Conhecimento	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.2. Informação relativa à evolução do estado dos “problemas de Enfermagem” no domínio do Conhecimento	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.3. Informação relativa às intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio do Conhecimento	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.4. Informação relativa às intervenções de Enfermagem realizadas face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio do Conhecimento	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.5. Informação relativa à justificação da não realização das intervenções de Enfermagem planeadas pelos enfermeiros face aos “ problemas de Enfermagem ” no domínio do Conhecimento	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Mestrado em Informática Médica

Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.6. Informação relativa às alterações no planeamento das intervenções de Enfermagem inerentes aos “problemas de Enfermagem” no domínio do Conhecimento	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	3.11.7. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Qualidade da Informação

Neste grupo (4) pretendemos que responda a questões relacionadas com a linguagem utilizada e a qualidade dos dados produzidos.

4.1. Considera que a linguagem utilizada em termos de percepção	Pouco Perceptível Muito Perceptível ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4.2. Considera que os dados produzidos em termos de qualidade têm:	Pouca Qualidade Muita Qualidade ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4.3. Outro _____ (especifique)	Pouco Muito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANEXO 4

Consentimento Informado dos Participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO¹

Sistemas de Informação: Teor e valor da informação partilhada – um estudo de caso

Eu, abaixo-assinado _____ fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a identificar e descrever a informação partilhada entre médicos e enfermeiros, que releva para efeitos da continuidade dos cuidados; a descrever os factores que sustentam a relevância atribuída à informação partilhada entre médicos e enfermeiros, para efeitos da promoção dos cuidados; a identificar os repositórios da informação partilhada entre médicos e enfermeiros.

Sei que neste estudo está prevista a realização de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, tendo-me sido explicado que esta fase visa a procura de exemplaridades que resultam da partilha de informação entre médicos e enfermeiros.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do participante no estudo:

Assinatura _____ Data:

Nome do investigador responsável: Liliana Andreia Neves da Mota

Assinatura _____ Data:

¹ Este modelo de consentimento informado deve ser adaptado a cada estudo em particular, acrescentando outros dados considerados pertinentes ou eliminando partes não aplicáveis. Se oportuno, deve ser anexada cópia do folheto informativo sobre o estudo.

ANEXO 5

Documento Informativo

DOCUMENTO INFORMATIVO

Sistemas de Informação: Teor e valor da informação partilhada – um estudo de caso

O estudo de investigação acima mencionado destina-se a identificar e descrever a informação partilhada entre médicos e enfermeiros, que releva para efeitos da continuidade dos cuidados; a descrever os factores que sustentam a relevância atribuída à informação partilhada entre médicos e enfermeiros, para efeitos da promoção dos cuidados; e a identificar os repositórios da informação partilhada entre médicos e enfermeiros.

Neste estudo está prevista a realização de observação participante e entrevistas semi-estruturadas, que visa a procura de exemplaridades que resultam da partilha de informação entre médicos e enfermeiros.

Os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e será mantido o anonimato.

A qualquer momento da participação no estudo, é possível recusar a participação ou interromper sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Os resultados obtidos serão divulgados no meio científico, garantindo-se o anonimato.

Grata pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

ANEXO 6

“Gestão de Cuidados”

(Folha da Enfermeira Responsável)

Gestão de Cuidados - 9/7

Nome	Idade	Diagnóstico	Adm	Cir	Exames	O2	SNG	CC	CP	SV	Kehr	Pez	Diet a	Alta	Obs
1. Inacia	50	Hematoma Hepático	7/7	Vs 5/6		X 21			x	1500			lig		Leito a 30 Febre Acessos Estomatolog
1. Marlene	33	Tumor endócrino p	4/7	7/7									0		
2. Carolina	58	PA	1/7	7/7					X				lig	10/7	HTA Med dom
3. Conceicao	60	Met hep	13/6	11/6		4l		X hep					lig		Linfoedema MSE Alérgica ao tegaderm Febril
4. Mario	52	PA	1/7		Endor				X	2500			Lig	10/7	Hiperglicem HO
5. Jose	88	Ict obst	19/6	3/7	Eco	3l		X 10				X em biot D 300	lig		Febril Soluços
6. Telmo	65	Met hepáticas	7/7	9/7 3											Implantofix
7. Ana	73	Abcesso	4/7										lig		Incontinência
8. Alice	74	PA	8/7		ECG Neurolo gia BH				x				lig		
9. Carla	31	Ict obst PA	4/7	9/7 4					X 125				0		HTA
10. Emilia	79	Colecistite litiase	3/7	28/6		21				1800			lig	10/7	Dor no corp Alta HO
11. Dina	55	Abcesso hep	3/7		Control TAC 9h	4l			x			X C 40 xE 50SP	Lig		Eritema
12. Raquel	53	De carolli	8/7	06	CPRE				X				lig		Dor dorsolo
13. Alberto	79	colangite	28/6			X 3l			x				Lig mol		Febril
14. Vladilen	49	Met hep	3/7			X			X				lig	9/7	Cat quimio Dor
14. Telmo															
15. Rogerio	67	Litiase vesicular	7/7	9/7 1											

Assistente social

16. Miguel	44	TOH	6/6	20/5 22/5 1/6 3/6	CPRE 11/7 8,15				x		x cl	Perc 580B	lig		Lavagens?
17. ANTONI O	41	TOH 2005 Disfunção	9/7		BH										
18. Francisco	46	TOH	20/6						x				lig		Ictérico Prurido
19. Helena	31	TRP	27/6	25/6					X				Liq	9/7	
20. Elsa	58	IC TOH 2002	30/5						x				Lig		Hipotensão Hiperlipidemia Dores articu Alimentase Med excessi de manhã
21. Fátima	40	TOH PAF	16/4	13/4					x				lig		Barcelona
22. Alfredo	66	TOH	20/6	23/6		X 4l		X X X 63		X 1500		Perc 20	Lig mol		Lavagens 30
23. Dolores	69	Eventração	4/7	9/7 2									0		Enoxiparina
24. Manuel	55	TRH	26/6	25/4 1/6 14/6 18/6		X 6l		X hep		1800			lig		Hemo SOS
25. Cristina	30	TOH	3/7	25/6 26/6		X 4l						Biot 0	lig		Febre Ferida

ANEXO 7

Folhas de Vigilância
(Folhas do “*Fundo da Cama*”)



Ano _____ Folha n.º _____

N.º PROCESSO _____

[illegible]

ANEXO 8

Análise de todas as variáveis do Questionário

Agregação Teórica das Variáveis

“Parâmetros de Vigilância/Monitorização”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q1	96,10	5,00	5,00	4,55	3,76	4,00	4,00	68,60
Q2	98,00	5,00	5,00	4,71	3,94	4,00	4,00	76,50
Q3	100,00	5,00	5,00	4,73	3,98	4,00	4,00	76,50
Q4	100,00	5,00	5,00	4,71	3,10	4,00	3,00	43,10
Q5	100,00	5,00	5,00	4,73	3,49	4,00	4,00	58,80
Q6	84,30	5,00	5,00	4,33	3,12	3,00	3,00	37,30
Q7	84,30	5,00	5,00	4,35	3,76	4,00	4,00	66,70
Q8	94,10	5,00	5,00	4,65	2,82	3,00	3,00	33,30
Q9	60,80	4,00	5,00	3,75	2,69	3,00	3,00	21,60
Q10	82,40	5,00	5,00	4,31	2,71	3,00	3,00	25,50
	Valor Médio da Relevância da “Vigilância/Monitorização” 4,5				Valor Médio da Acessibilidade da “Vigilância/Monitorização” 3,3			

“Medicação”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q12	88,20	5,00	5,00	4,39	2,41	2,00	2,00	13,70
Q13	80,40	5,00	5,00	4,29	2,25	2,00	2,00	9,80
Q14	88,20	5,00	5,00	4,43	2,39	2,00	2,00	17,60
Q15	86,30	5,00	5,00	4,57	2,47	2,00	2,00	21,60
	Valor Médio da Relevância da “Medicação” 4,4				Valor Médio da Acessibilidade da “Medicação” 2,4			

“Análises/Preparação para exames e cirurgia”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q17	66,70	4,00	5,00	3,96	3,12	3,00	3,00	31,40
Q18	62,70	4,00	5,00	3,90	2,63	3,00	3,00	13,70
Q19	70,60	4,00	4,00	4,02	2,84	3,00	3,00	21,60
Q20	70,60	4,00	4,00	4,00	2,69	3,00	3,00	18,60
Q21	68,60	4,00	5,00	4,02	3,04	3,00	3,00	35,30
Q22	66,70	4,00	5,00	4,00	2,82	3,00	3,00	27,50
	Valor Médio da Relevância das “Análises/Preparação para exames e cirurgia” 4,0				Valor Médio da Acessibilidade das “Análises/Preparação para exames e cirurgia” 2,9			

“Atitudes Terapêuticas de Carácter não Farmacológico”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q24	62,70	4,00	5,00	3,90	2,73	3,00	3,00	21,60
Q25	49,00	3,50	3,00	3,58	2,38	2,00	2,00	11,80
Q26	51,00	4,00	3,00	3,61	2,45	2,00	2,00	11,80
Q27	72,50	4,00	4,00	4,02	2,57	2,00	2,00	19,60
	Valor Médio da Relevância das “Atitudes de Carácter não Farmacológico” 3,8				Valor Médio da Acessibilidade das “Atitudes de Carácter não Farmacológico” 2,5			

“Autocuidado”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q29	52,90	4,00	4,00	3,49	2,80	3,00	3,00	31,40
Q30	52,90	4,00	4,00	3,49	2,67	3,00	3,00	19,60
Q31	41,20	3,00	3,00	3,22	2,55	3,00	3,00	15,70
Q32	41,20	3,00	3,00	3,27	2,57	2,00	2,00	17,60
Q33	33,30	3,00	3,00	3,24	2,43	2,00	2,00	13,70
Q34	35,30	3,00	3,00	3,14	2,43	2,00	2,00	15,70
	Valor Médio da Relevância do “Autocuidado” 3,3				Valor Médio da Acessibilidade do “Autocuidado” 2,6			

“Controlo da Temperatura Corporal”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q36	74,50	4,00	4,00	3,94	2,96	3,00	3,00	31,40
Q37	66,70	4,00	4,00	3,76	2,69	2,00	3,00	27,50
Q38	58,80	4,00	4,00	3,63	2,55	2,00	2,00	25,50
Q39	62,70	4,00	5,00	3,80	2,59	2,00	2,00	25,50
Q40	60,80	4,00	5,00	3,76	2,51	2,00	2,00	21,60
Q41	60,80	4,00	4,00	3,70	2,47	2,00	2,00	19,60
	Valor Médio da Relevância do “Controlo da Temperatura Corporal” 3,8				Valor Médio da Acessibilidade do “Controlo da Temperatura Corporal” 2,6			

“Feridas e Lesões Tecidulares”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q43	80,40	4,00	4,00	4,14	2,69	2,00	2,00	21,60
Q44	82,40	4,00	4,00	4,12	2,69	2,00	2,00	19,60
Q45	66,70	4,00	4,00	3,88	2,49	2,00	2,00	19,60
Q46	76,50	4,00	4,00	4,06	2,51	2,00	2,00	21,60
Q47	74,50	4,00	4,00	3,94	2,39	2,00	2,00	19,60
Q48	72,50	4,00	4,00	3,88	2,41	2,00	2,00	17,60
	Valor Médio da Relevância das “Feridas e Lesões Tecidulares” 4,0				Valor Médio da Acessibilidade das “Feridas e Lesões Tecidulares” 2,5			

“Eliminação Urinária”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q50	78,40	4,00	4,00	4,08	2,96	3,00	3,00	27,50
Q51	66,70	4,00	4,00	3,88	2,78	3,00	3,00	23,50
Q52	66,70	4,00	4,00	3,76	2,63	2,00	3,00	19,60
Q53	68,60	4,00	4,00	3,94	2,67	3,00	3,00	17,60
Q54	64,70	4,00	4,00	3,80	2,53	2,00	2,00	15,70
Q55	58,80	4,00	4,00	3,63	2,51	3,00	2,00	15,70
	Valor Médio da Relevância da “Eliminação Urinária” 3,8				Valor Médio da Acessibilidade da “Eliminação Urinária” 2,7			

“Eliminação Intestinal”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q57	60,80	4,00	4,00	3,71	2,80	3,00	3,00	19,60
Q58	54,90	4,00	4,00	3,56	2,65	3,00	3,00	15,70
Q59	45,10	3,00	3,00	3,43	2,49	3,00	2,00	15,70
Q60	58,80	4,00	4,00	3,63	2,63	3,00	3,00	17,60
Q61	45,10	3,00	3,00	3,37	2,49	2,00	2,00	15,70
Q62	51,00	4,00	4,00	3,35	2,47	2,00	2,00	15,70
	Valor Médio da Relevância da “Eliminação Intestinal” 3,5				Valor Médio da Acessibilidade da “Eliminação Intestinal” 2,6			

“Dor (es)”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q64	84,30	5,00	5,00	4,31	2,92	3,00	3,00	29,40
Q65	76,50	5,00	5,00	4,18	2,65	2,00	3,00	21,60
Q66	68,60	4,00	5,00	3,96	2,55	2,00	2,00	21,60
Q67	78,40	5,00	5,00	4,20	2,65	3,00	3,00	21,60
Q68	62,70	4,00	5,00	3,88	2,43	2,00	2,00	17,60
Q69	62,70	4,00	5,00	3,80	2,41	2,00	2,00	19,60
	Valor Médio da Relevância da “Dor” 4,1				Valor Médio da Acessibilidade da “Dor” 2,6			

“Digestão/Absorção”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q71	64,70	4,00	4,00	3,80	2,61	2,00	2,00	17,60
Q72	52,90	4,00	3,00	3,57	2,59	2,00	2,00	17,60
Q73	49,00	3,00	3,00	3,45	2,41	2,00	2,00	13,70
Q74	66,70	4,00	4,00	3,82	2,47	2,00	2,00	17,60
Q75	56,90	4,00	4,00	3,57	2,41	2,00	2,00	15,70
Q76	52,90	4,00	4,00	3,39	2,41	2,00	2,00	17,60
	Valor Médio da Relevância da “Digestão/Absorção” 3,6				Valor Médio da Acessibilidade da “Digestão/Absorção” 2,5			

“Circulação”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q78	70,60	4,00	5,00	4,00	2,92	3,00	3,00	29,40
Q79	70,60	4,00	5,00	4,00	2,82	3,00	3,00	23,50
Q80	58,80	4,00	5,00	3,75	2,69	3,00	3,00	19,60
Q81	72,50	4,00	5,00	3,96	2,80	3,00	3,00	23,50
Q82	62,70	4,00	5,00	3,80	2,75	3,00	3,00	23,50
Q83	56,90	4,00	5,00	3,67	2,61	2,00	2,00	21,60
	Valor Médio da Relevância da “Circulação” 3,9				Valor Médio da Acessibilidade da “Circulação” 2,8			

“Respiração”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q85	82,40	4,00	4,00	4,12	2,92	3,00	3,00	19,60
Q86	70,60	4,00	4,00	3,80	2,78	3,00	3,00	21,60
Q87	66,70	4,00	4,00	3,78	2,63	3,00	3,00	19,60
Q88	74,50	4,00	4,00	3,88	2,61	3,00	3,00	19,60
Q89	62,70	4,00	4,00	3,67	2,49	2,00	2,00	15,70
Q90	58,80	4,00	4,00	3,59	2,51	2,00	2,00	19,60
	Valor Médio da Relevância da “Respiração” 3,8				Valor Médio da Acessibilidade da “Respiração” 2,7			

“Gestão do Regímen Terapêutico”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q92	74,50	4,00	4,00	3,96	2,53	2,00	2,00	19,60
Q93	54,90	4,00	3,00	3,67	2,47	2,00	2,00	19,60
Q94	54,90	4,00	4,00	3,62	2,29	2,00	2,00	19,60
Q95	74,50	4,00	4,00	4,00	2,41	2,00	2,00	17,60
Q96	60,80	4,00	4,00	3,75	2,31	2,00	2,00	13,70
Q97	56,90	4,00	4,00	3,59	2,29	2,00	2,00	17,60
	Valor Médio da Relevância da “Gestão do Regímen Terapêutico” 3,8				Valor Médio da Acessibilidade da “Gestão do Regímen Terapêutico” 2,4			

“Conhecimento”

Questão	Relevância				Acessibilidade			
	Freq. acumulada (score 4 e 5) %	Mediana	Moda	Média	Média	Moda	Mediana	Freq. acumulada (score 4 e 5) %
Q99	76,50	4,00	4,00	3,98	2,63	2,00	2,00	25,50
Q100	60,80	4,00	4,00	3,71	2,43	2,00	2,00	21,60
Q101	52,90	4,00	3,00	3,55	2,31	2,00	2,00	19,60
Q102	70,60	4,00	4,00	3,90	2,35	2,00	2,00	19,60
Q103	54,90	4,00	4,00	3,57	2,29	2,00	2,00	19,60
Q104	51,00	4,00	4,00	3,35	2,29	2,00	2,00	15,70
	Valor Médio da Relevância do “Conhecimento” 3,7				Valor Médio da Acessibilidade do “Conhecimento” 2,4			