



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Susana Maria da Cunha Vieira

**Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

Susana Maria da Cunha Vieira  
**Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

UMinho | 2018

março de 2018



**Universidade do Minho**  
Escola Superior de Enfermagem

Susana Maria da Cunha Vieira

**Utilização e Evolução dos Sistemas de  
Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade  
dos Cuidados de Enfermagem**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Enfermagem

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Professor Doutor Fernando Alberto Soares Petronilho**  
e do  
**Professor Doutor Joao Manuel Pimentel Caine**

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Susana Maria da Cunha Vieira

**Endereço eletrónico:** [enf.suvieira@gmail.com](mailto:enf.suvieira@gmail.com)

**Título da Dissertação:** Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

### **Orientadores:**

Professor Doutor Fernando Alberto Soares Petronilho, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho,

Professor Doutor João Manuel Pimentel Cainé, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

**Ano de conclusão:** 2018

Mestrado em Enfermagem

É autorizada a reprodução parcial desta Dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Universidade do Minho, 27 de março de 2018.

Assinatura:

---

Susana Maria da Cunha Vieira

*“O êxito da vida não se mede pelo caminho que você conquistou,  
mas sim pelas dificuldades que superou no caminho.”*

Abraham Lincoln

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus orientadores, Professor Doutor Fernando Petronilho e Professor João Cainé. A vossa orientação foi essencial neste percurso académico. Agradeço toda a vossa disponibilidade, o apoio e a paciência que tiveram para comigo.

Gostaria também de agradecer a todos os professores da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, os conhecimentos transmitidos e as preciosas oportunidades de reflexão criadas ao longo do Mestrado.

O meu especial agradecimento a todos os enfermeiros que aceitaram participar neste estudo, partilhando as suas experiências, com o espírito de que *“ninguém é suficientemente sábio sozinho”* (Tito Plautus) e que deve existir um envolvimento coletivo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, disciplina e ciência.

Aos meus Pais e Namorado, agradeço de todo o coração o apoio que me deram. Obrigada por não me terem deixado desistir. Obrigado por me darem força e fé, quando deixei de acreditar que fosse possível concluir este caminho.

Aos meus amigos, agradeço a paciência para com a minha ausência, mas como se costuma dizer os *“bons amigos são como estrelas, nem sempre as podemos ver, mas temos a certeza que estão sempre lá”* (Pietra Pacobello).

À minha equipa, à Medicina 8, só posso dizer que são a minha segunda família... A todos, sem exceção, agradeço o apoio, o incentivo, o ombro amigo nas horas difíceis. Partilhamos mais do que o local de trabalho... crescemos juntos enquanto pessoas e profissionais!

À Enfermeira Maria Antunes, minha querida Maria, obrigada pelo teu exemplo. Já te disse muitas vezes que *“Quando crescer quero ser como tu”*... e não imaginas o quanto de verdade há neste desejo.

A todos os doentes... parceiros de todos os dias... porque *“aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”* (Antoine de Saint-Exupéry).



**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:** Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

**RESUMO**

Perante a implementação de um novo sistema de informação em enfermagem (SIE) é essencial perceber como os seus principais utilizadores, os enfermeiros, percebem a mudança e a influência na sua tomada de decisão e qualidade dos cuidados prestados.

Assim, este trabalho de investigação tem por objetivos: 1) compreender a importância atribuída pelos enfermeiros aos registos de enfermagem; 2) descrever a perspetiva dos enfermeiros sobre o processo de reformulação do SIE no seu ambiente clínico; 3) explorar a perspetiva dos enfermeiros sobre as principais mudanças introduzidas pelo SClínico comparativamente ao SAPE; 4) conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a influência das mudanças introduzidas pelo SClínico na tomada de decisão em enfermagem; 5) compreender como as mudanças introduzidas nos SIE influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros; 6) explorar sugestões para a melhoria e desenvolvimento contínuo do SIE.

Esta investigação enquadra-se num estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, tendo sido utilizada como amostra dezassete enfermeiros do Hospital Senhora da Oliveira, EPE, distribuídos pelos serviços de Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia Geral, UCIP e Medicina Interna. Foi utilizado como instrumento de colheita de dados a entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo efetuou-se com recurso a Bardin (2008), tendo sido tomados em conta os princípios éticos para a realização de estudos científicos.

Os achados evidenciam que, apesar da grande importância atribuída pelos enfermeiros aos registos, o processo de mudança é frequentemente considerado como difícil, tendo sido identificados como principais fatores condicionantes o défice de liderança institucional, a desadequação da formação (sobre o SIE e a CIPE), os recursos humanos insuficientes, questões motivacionais e aspetos relacionados com o SIE. Em relação às principais alterações introduzidas pelo SClínico é apontado ao nível dos conteúdos a melhoria da atividade diagnóstica mas, por outro lado, a desadequação dos conteúdos parametrizados face à especificidade dos serviços. No que se refere à estrutura do novo SIE, existe a perceção de uma maior “lentificação” na navegação e estrutura pouco “amigável” com o aumento de número de “passos”. A forma como os enfermeiros percebem as alterações introduzidas pelo SClínico influenciam a sua compreensão sobre as implicações da evolução do SIE para os cuidados de enfermagem, existindo uma visão dicotómica, tanto a nível da tomada de decisão, como da qualidade dos cuidados de enfermagem. As principais sugestões relatadas pelos enfermeiros prendem-se com a necessidade de melhorar a adequação dos conteúdos à especificidade de cada contexto clínico, aumento da rapidez de “navegação” e a necessidade de investir na formação.

**PALAVRAS-CHAVE:** “Sistemas de Informação em Enfermagem”; “Tomada de Decisão em Enfermagem”; “Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”; “Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem”.



**TITLE OF DISSERTATION:** Use and Evolution of Nursing Information Systems:  
Influence on Decision Making and Quality of Nursing Care

**ABSTRACT**

In view of the implementation of a new nursing information system (NIS), it is essential to understand how its main users, nurses, perceive the change and its influence towards their decision-making and care quality.

This way, the main purposes of this research are: 1) understand the importance given by nurses to their records; 2) to describe the nurses' perspective on the process of reshaping the NIS in their clinical environment; 3) to explore nurses' perspectives on the main changes introduced by SClínico comparing to SAPE; 4) to get acquainted to the nurses' perspective on the influence of the changes introduced by SClínico in the nursing decision making; 5) to understand how the changes introduced in the NIS influence the quality of nursing care from the perspective of nurses; 6) explore suggestions for continuous improvement and development of NIS.

This research is part of an exploratory descriptive study, with a qualitative approach, and seventeen nurses from the Hospital Senhora da Oliveira, EPE, were used as a sample, distributed by the wards of Obstetrics, Pediatrics, General Surgery, PICU and Internal Medicine. As a data collection instrument there has been applied the semi-structured interview. The content analysis was carried out using Bardin (2008), taking into account the ethical principles for carrying out scientific studies. The findings show that, despite the great importance given by nurses to registries, the process of change is often considered difficult due to institutional deficit, inadequacy of training (on NIS and CIPE), insufficient human resources, motivational issues and NIS-related aspects. Regarding the main changes introduced by SClínico, it is pointed out the content level the improvement of the diagnostic activity, whereas, on the other hand, the inadequacy of the parameterized contents in relation to the specificity of the services.

Owing to the structure of the new NIS, there is a perception of a greater "slowing" in navigation and a little "friendly" structure with the increase in the number of "steps". The way nurses perceive the changes introduced by SClínico influence their understanding of the implications of the evolution of the NIS for nursing care, and there is a dichotomous view both in terms of decision-making and the quality of nursing care.

The main suggestions made by nurses are related to the need to improve the adequacy of the contents to the specificity of each clinical context, increase of navigation speed and the need to invest in the training.

**KEY WORDS:** "Nursing Information Systems"; "Decision Making in Nursing"; "Quality of Nursing Care"; "Visibility of Nursing Care".

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

## ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO .....	21
2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM, TOMADA DE DECISÃO E QUALIDADE EM ENFERMAGEM .....	25
2.1 A Informação em Enfermagem .....	25
2.2 Sistemas de Informação em Enfermagem .....	27
2.2.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM.....	28
2.2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	30
2.2.3 DESENVOLVIMENTO E EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	33
2.2.3.1 <i>Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.....</i>	34
2.2.3.2 <i>Parametrização dos Conteúdos por Unidade de Cuidados.....</i>	34
2.2.3.3 <i>Integridade Referencial de Dados.....</i>	35
2.2.3.4 <i>Incorporação na Rede Informática da Saúde.....</i>	35
2.2.4 EVOLUÇÃO DO SAPE PARA O SCLÍNICO.....	36
2.3 Processo de Mudança .....	37
2.4. Finalidade e Objetivos do Estudo .....	39
3. ASPETOS METODOLÓGICOS .....	43
3.1 Tipo de Estudo e Abordagem .....	43
3.2 População e Amostra .....	44
3.3 Instrumento de Colheita de Dados: Entrevista Semiestruturada.....	45
3.4 Tratamento e Análise de Dados.....	46
3.5 Questões Éticas .....	47
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	49
4.1 Caracterização da Amostra.....	49
4.2 Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem.....	52



4.2.1 CATEGORIA I – UTILIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM.....	56
4.2.1.1 <i>Gestão e Qualidade em Saúde</i> .....	56
4.2.1.2 <i>Prestação de Cuidados (Prática Clínica)</i> .....	58
4.2.1.3 <i>Valor Ético –Legal</i> .....	59
4.2.2 CATEGORIA II – PROCESSO DE MUDANÇA SAPE-SCLÍNICO.....	60
4.2.2.1 <i>Gestão do Processo de Mudança</i> .....	61
4.2.2.2 <i>Aspetos Relacionados com o SIE (SClínico)</i> .....	65
4.2.2.3 <i>Aspetos Pessoais relacionados com os Enfermeiros</i> .....	67
4.2.2.4 <i>CIPE enquanto estrutura de linguagem comum utilizada nos SIE</i> .....	68
4.2.3 CATEGORIA III – ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELO SCLÍNICO EM COMPARAÇÃO COM O SAPE.....	70
4.2.3.1 <i>Relacionadas com os conteúdos disponíveis no SIE (SClínico)</i> .....	71
4.2.3.2 <i>Relacionadas com a estrutura do SIE (SClínico)</i> .....	73
4.2.4 CATEGORIA IV – IMPLICAÇÕES DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	75
4.2.4.1 <i>A nível do Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem</i> .....	75
4.2.4.2 <i>Ao nível da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</i> .....	77
4.2.4.3 <i>Ao nível da Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem</i> .....	79
4.2.5 CATEGORIA V- PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE A EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	81
4.2.5.1 <i>Sugestões a nível do Conteúdo</i> .....	81
4.2.5.2 <i>Sugestões a nível da Estrutura</i> .....	84
4.2.5.3 <i>Melhorar o processo de acompanhamento da         implementação/utilização do SIE</i> .....	85
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>87</b>
<b>5.1 Utilidade dos Registos de Enfermagem .....</b>	<b>87</b>
<b>5.2 Processo de Mudança SAPE-SClínico .....</b>	<b>88</b>
<b>5.3 Alterações introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE .....</b>	<b>93</b>
<b>5.4 Implicações da Evolução dos Sistema de Informação em Enfermagem nos         Cuidados de Enfermagem .....</b>	<b>95</b>



<b>5.5 Perspetiva dos Enfermeiros sobre a Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem .....</b>	<b>99</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>101</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo I – Instrumento de Colheita de Dados: Entrevista Semiestruturada .....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo II– Matriz de Redução de Dados .....</b>	<b>119</b>
<b>Anexo III - Consentimento Informado .....</b>	<b>139</b>
<b>Anexo IV - Parecer da Subcomissão de ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho .....</b>	<b>143</b>
<b>Anexo V - Parecer da Comissão de ética do Hospital Senhora da Oliveira, EPE .....</b>	<b>147</b>



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EPE – Entidade Pública Empresarial

HSO - Hospital Senhora da Oliveira

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros

IGIF- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

n.d. - Sem Data

NIC – Nursing Intervention Classification

NOC - Nursing Outcomes Classification

OMS- Organização Mundial de Saúde

RIS- Rede Informática da Saúde

RMDE- Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

SAM- Sistema de Apoio ao Médico

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPMS- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SIE- Sistema de Informação em Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SIS- Sistema de Informação em Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCIP- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente



## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Página</b>
Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes .....	50
Quadro 2. Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem .....	53
Quadro 3. Categoria I – Utilidade dos Registos de Enfermagem .....	56
Quadro 4. Categoria II – Processo de Mudança SAPE – SClínico .....	60
Quadro 5. Categoria III – Alterações Introduzidas pelo SClínico em Comparação com o SAPE	71
Quadro 6. Categoria IV – Implicações da Evolução do SIE nos Cuidados de Enfermagem .....	75
Quadro 7. Categoria V – Perspetiva dos Enfermeiros sobre a Evolução dos SIE .....	81

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Página</b>
Figura 1. Distribuição dos Participantes .....	51



## 1. INTRODUÇÃO

Com a evolução exponencial das tecnologias de informação e comunicação (TIC) deu-se uma mudança de paradigma assente na crescente valorização da informação, do conhecimento e da globalização. Vivemos hoje em dia numa “Sociedade da Informação”, em que as organizações são sujeitas a maiores desafios e exigências, estando o seu sucesso estritamente vinculado aos conteúdos informáticos que possuem.

As organizações de saúde não foram exceção, sendo que as TIC estão a transformar, de forma célere e profunda, as práticas destas organizações, disponibilizando informação crucial, integra, fidedigna e em tempo útil aos seus profissionais, permitindo uma maior adequação e qualidade dos cuidados prestados ao utente. Por outro lado, o tratamento estatístico dos dados, promovendo a produção de indicadores de qualidade em saúde, permite um maior suporte à decisão ao nível dos responsáveis políticos, dos gestores das instituições de saúde e dentro das equipas interprofissionais.

A enfermagem não ficou indiferente a estes ventos de mudança. Constituindo o maior grupo profissional da saúde, logo, o que mais informação produz, processa e utiliza, vislumbrou a janela de oportunidade proporcionada pelos sistemas de informação.

A crescente evolução ao nível dos sistemas de informação em enfermagem (SIE) foi decisiva para o desenvolvimento da enfermagem, permitindo evidenciar o trabalho realizado pelos enfermeiros junto da sociedade, aumentando a qualidade, segurança e humanização dos cuidados prestados e trazendo à luz dados essenciais para a gestão, formação e investigação.

Contudo, a implementação de um novo SIE determina uma redefinição das atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados ao utente (Pinto, 2009), constituindo um momento de excelência para refletir, analisar e discutir o cuidar em enfermagem, sendo a “voz” dos que participam nesta mudança fundamental, uma vez que representa o feedback relativo à influência direta que estes sistemas geram na prática clínica.

Este trabalho teve como “centelha” a experiência profissional vivenciada com a introdução do novo SIE - o SClínico - que apresenta alterações importantes, tanto no domínio da estrutura, como dos conteúdos, relativamente ao seu antecessor - o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). As dificuldades sentidas durante a sua implementação, nomeadamente, as discussões em equipa sobre a documentação dos cuidados de enfermagem (por vezes turbulentas e confusas), a

constante reflexão sobre a influência que esta evolução ao nível dos SIE constituía para a excelência do cuidar em enfermagem, despertaram o interesse sobre o fenómeno e a necessidade de o estudar.

Despontou, assim, a premência de compreender como os enfermeiros, com base no conhecimento disciplinar, nos saberes profissionais e na sua experiência de utilização ao longo dos anos, percecionam esta mudança no que se refere à evolução SAPE para o SClínico. Por outro lado, pretende-se compreender de que forma esta mudança influência a sua tomada de decisão e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Neste sentido, emerge a pergunta de investigação *“Qual a perspetiva dos enfermeiros sobre a utilização e evolução do sistema de informação em enfermagem e a sua influência na tomada decisão e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem?”*.

Explorando a perspetiva dos enfermeiros que vivenciaram esta evolução e que diariamente utilizam o SClínico, será possível uma melhor compreensão sobre o fenómeno, permitindo traçar um retrato claro e preciso do objeto de estudo, aumentando o conhecimento existente, que poderá constituir os alicerces para futuras investigações com o propósito da procura constante da excelência nos cuidados de enfermagem.

Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos para este trabalho de investigação:

- I. Compreender a importância atribuída pelos enfermeiros aos registos de enfermagem;
- II. Descrever a perspetiva dos enfermeiros sobre o processo de reformulação do SIE no seu ambiente clínico;
- III. Explorar a perspetiva dos enfermeiros sobre as principais mudanças introduzidas pelo SClínico comparativamente ao SAPE;
- IV. Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a influência das mudanças introduzidas pelo SClínico na tomada decisão em enfermagem;
- V. Compreender como as mudanças introduzidas nos SIE influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros;
- VI. Explorar sugestões para a melhoria e desenvolvimento contínuo do SIE.

Esta investigação desenvolveu-se no Hospital da Senhora da Oliveira- Guimarães, EPE, por esta instituição de saúde ser pioneira na implementação do SClínico e, também, por conveniência da investigadora.

Para promover uma maior compreensão do trabalho de investigação efetuado, a presente dissertação encontra-se estruturada em seis capítulos: “Introdução”; “Sistemas de Informação em

Enfermagem, Tomada de Decisão e Qualidade em Enfermagem”; “Aspetos Metodológicos”; “Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados”; “Discussão” e “Conclusão”.

Na “Introdução” é efetuado um proêmio ao tema em estudo, sendo apresentado o problema, a pergunta de investigação e os objetivos do trabalho de investigação. Ainda na introdução, é apresentada a estrutura do documento, com alusão aos conteúdos dos diferentes capítulos.

No segundo capítulo, “Sistemas de Informação em Enfermagem, Tomada de Decisão e Qualidade em Enfermagem”, é realizado o enquadramento teórico, optando por uma abordagem sintética do conhecimento disponível sobre os conceitos-chave para a realização do estudo, tendo por base uma revisão da literatura. Neste capítulo também é apresentada a finalidade e objetivos do estudo. Desta forma, este capítulo subdivide-se em quatro subcapítulos, nomeadamente, “Informação em Enfermagem”, “Sistemas de Informação em Enfermagem”, “Processo de Mudança” e “Finalidade e Objetivos do Estudo”.

O terceiro capítulo debruça-se sobre as questões de natureza metodológica que orientaram o trabalho de investigação, objetivamente, o tipo de estudo e abordagem, técnicas de amostragem, escolha do instrumento de colheita de dados, procedimento de tratamento e análise de dados e por fim, as questões éticas.

No quarto capítulo, é efetuada a apresentação, análise e interpretação dos dados obtidos através das entrevistas, sendo inicialmente apresentada a caracterização da amostra e em seguida a análise de conteúdo, com a apresentação das cinco categorias emergentes: “Utilidade dos Registos de Enfermagem”, “Processo de Mudança SAPE-SClínico”, “Alterações Introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE”, “Implicações da Evolução do Sistemas de Informação em Enfermagem nos Cuidados de Enfermagem” e “Perspetiva dos Enfermeiros sobre a Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem”.

No quinto capítulo, é efetuada a discussão dos dados, através da síntese e apreciação crítica dos dados obtidos, confrontando-os com os estudos de investigação sobre a mesma temática.

Por fim, no último capítulo, são apresentadas as principais conclusões decorrentes dos resultados da investigação, assim como as suas implicações e sugestões. Este capítulo termina com a exposição das limitações que condicionaram o trabalho de investigação.



## 2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM, TOMADA DE DECISÃO E QUALIDADE EM ENFERMAGEM

*“Informação é a essência da profissão”*

(Marin, 2010, p. 22)

*“O conhecimento é o instrumento mais poderoso do trabalhador, seja para sua liberdade, ou para a execução de atividades e técnicas, com a finalidade de obter o produto final, que na saúde trata-se da própria prestação da assistência”*

(Benito & Licheski, 2009, p.449)

O enquadramento teórico é essencial para compreender o estado atual do conhecimento sobre a temática que irá ser estudada, permitindo aprofundar o alcance dos conceitos-chave, assim como as relações que os une.

Desta forma, este capítulo debruça-se sobre a temática da informação em enfermagem, aprofundando a importância da documentação dos cuidados prestados, abordando, posteriormente, a relevância dos sistemas de informação em enfermagem, realçando a sua importância na tomada de decisão e qualidade dos cuidados, assim como o seu desenvolvimento e evolução. Tendo em conta, que a implementação de um novo sistema de informação acarreta uma mudança organizacional, será realizada uma síntese conceptual sobre o processo de mudança. No final deste capítulo, será evidenciada a finalidade e os objetivos deste estudo.

### 2.1 A Informação em Enfermagem

A informação apresenta-se como um conjunto de dados, que organizados num contexto útil e facultados atempadamente de forma adequada, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, permitindo uma maior habilidade para desenvolver determinada atividade ou decidir perante determinada situação (Sousa, 2006).

A informação poderá ser definida como conteúdo da comunicação humana, ou seja, a comunicação é um ato de transmissão cujo produto é a informação. *“A enfermagem, enquanto atividade que assenta [...] na interação humana caracteriza-se por uma riqueza informativa notável; o que justifica que se reflita sobre a essência da informação que lhe está associada, o valor que dela pode ser extraído e nos recursos e sistemas utilizados no seu processamento, gestão e armazenamento”* (Pereira, 2009, p. 32).

Marin (2010) refere que os enfermeiros utilizam cerca de 50% do seu tempo útil de trabalho em processos de comunicação, escrita ou oral. Desta forma, os dados obtidos através dos registos de enfermagem constituem a matéria-prima que, após um processo de interpretação, organização e estruturação, se transformam em informação, sendo que é a partir da informação sintetizada, interrelacionada e formalizada que emerge o conhecimento. Assim, é possível inferir que a qualidade da informação e conhecimento em enfermagem está diretamente relacionado com a qualidade dos dados que lhe dão origem através dos registos de enfermagem (Pereira, 2009).

A partilha de informação entre os enfermeiros, com a equipa de saúde e com o utente, não é algo novo. Florence Nightingale, no século XIX, já salientava a importância dos registos de enfermagem, sobretudo como forma de assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem e como fonte de dados estatísticos fulcral para a tomada de decisão política na Saúde (Jesus & Sousa, 2011). Como afirma Silva (2006, p.19) *“Faz sentido lembrar que a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros para fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são produzidos a partir da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados”*.

Para Martins et al. (2008), os registos constituem a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, sendo fundamental que sejam rigorosos, completos e corretamente realizados, pois constituem testemunho escrito do exercício da prática clínica: *“Se não está registado então não foi executado”*.

Desta forma, os registos de enfermagem devem refletir o pensamento crítico do enfermeiro, sustentando a tomada de decisão relativa aos cuidados planeados, devendo descrever todos os problemas que o utente apresenta, as intervenções de enfermagem que com este foram acordadas e efetuadas, assim como os resultados alcançados. Perante um problema que mantém a necessidade de cuidados em enfermagem, deve ficar demonstrada a reavaliação da situação clínica do utente, assim como, quais as intervenções adicionais que foram implementadas, até que o problema se encontre resolvido (Jesus & Sousa, 2011).

Assim sendo, os registos de enfermagem revestem-se de real importância, apresentando diversas finalidades, tais como o suporte a questões de natureza ética e legal, o apoio no processo de tomada de decisão clínica, a partilha de informação, permitindo assegurar a continuidade de cuidados e a avaliação da qualidade dos mesmos (tanto a nível individual, como coletivo), contribuindo de forma circunstancial para a gestão, formação, investigação e produção de

indicadores essenciais para a tomada de decisão política (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Jesus & Sousa, 2011).

Silva (2006) constatou no decorrer da sua investigação que os registos de enfermagem, em suporte papel, com um padrão narrativo e pouco estruturado, apresentavam grandes limitações, nomeadamente a duplicação de dados e a falta de sistematização na documentação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, gerando falta de integridade dos dados. Concluiu que *“os enfermeiros poucas vantagens extraem da informação processada nos registos de enfermagem; ou seja, não retiram conhecimento da experiência documentada”* (Silva, 2006, p.36), sendo o tempo despendido a documentar muitas vezes percecionado como um tempo mal empregue, uma vez que compete com o tempo disponível para os cuidados diretos ao utente.

Neste sentido, tornou-se imperativo o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade da documentação produzida pelos enfermeiros. Com a crescente introdução das TIC e consequente evolução dos SIE em suporte eletrónico, o potencial de processamento e acesso à informação aumentou exponencialmente, constituindo uma oportunidade para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, permitindo a melhoria do desempenho profissional dos enfermeiros (Jesus & Sousa, 2011).

## 2.2 Sistemas de Informação em Enfermagem

Os sistemas de informação em saúde (SIS) são definidos como um conjunto de componentes interrelacionados que permitem a recolha, o processamento, o armazenamento e a transmissão da informação, com o intuito de apoiar o processo de tomada decisão e gestão das organizações de saúde (Benito & Licheski, 2009; Marin, 2010; Cavalcante et al., 2011).

Assim, os SIS desempenham um papel fulcral ao disponibilizar informação de qualidade, de forma rápida, fácil e segura, potenciando a excelência do desempenho de funções dos diversos profissionais de saúde, aos diferentes níveis das organizações (Benito & Licheski, 2009).

Como referem Jesus e Sousa (2011, p.227), *“os sistemas de informação e documentação são determinantes para a qualidade, segurança, eficácia, eficiência, efetividade e humanização dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais de saúde, independentemente do contexto, natureza jurídica da organização ou local onde a prestação de cuidados tem lugar”*.

Sendo assim, a otimização do fluxo de informação em uma organização de saúde deverá ser considerada como uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade de cuidados prestados

ao utente, para uma maior eficiência dos sistemas de saúde e para uma maior transparência a nível da gestão dos recursos existentes (Sousa, 2006).

Os SIE constituem uma parte integrante dos sistemas de informação em saúde, efetuando a análise, a formalização e a modelação dos processos de recolha e organização de dados fornecidos pelos registos de enfermagem e da transformação destes em informação e conhecimento, possibilitando a tomada de decisão baseada no conhecimento empírico e na experiência, com o intuito de promover um exercício profissional de excelência (Silva, 2006).

Desta forma, os SIE constituem uma ferramenta fundamental, uma vez que ao adotar o suporte eletrónico facilitam a documentação, reduzindo o tempo gasto em questões burocráticas, aumentando a legibilidade e segurança da informação partilhada, padronizando os registos efetuados, diminuindo a duplicação de dados, melhorando consideravelmente a acessibilidade à informação registada, estando esta acessível em tempo útil, permitindo suporte à tomada de decisão e dando visibilidade aos cuidados de enfermagem (Sousa, 2006; Pinto, 2009; Silvestre 2012; Narciso et al., 2014; Tareco, 2015).

### 2.2.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

A enfermagem evoluiu num sentido de um exercício profissional orientado, inicialmente, por uma lógica executiva para, progressivamente, adotar uma lógica conceptual (Silva, 2006). Mais do que saber-fazer, é exigido ao enfermeiro a capacidade de refletir, de pensar criticamente sobre a pertinência das suas intervenções, sobre as lacunas inerentes à sua prática, sobre implementação de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos, olhando a pessoa como um todo e adequando as intervenções às suas necessidades.

Por conseguinte, os enfermeiros apresentam-se, atualmente, como trabalhadores do conhecimento, uma vez que *“desenvolvem níveis assinaláveis de atividade cognitiva na análise de dados, na colocação desses dados em contexto e no estabelecimento de relações entre os mesmos dados e o conhecimento que já está disponível, de forma a oferecer os melhores cuidados aos clientes”* (Pereira, 2009, p.34).

A tomada de decisão é principalmente a operacionalização do conhecimento de enfermagem, através de um processo cognitivo complexo que gera uma ação/comportamento, recorrendo a uma série de etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Dias & Lopes, 2010; Macedo et al., 2015).

Deste modo, a tomada de decisão é um produto do pensamento crítico que salienta a resolução de problemas (Perry & Potter, 2009). O pensamento crítico em enfermagem é uma disposição intencional e autónoma do enfermeiro, recorrendo a processos contínuos de pensamento racional, emocional e intuitivo, para analisar ideias ou ações, de forma a determinar a sua precisão, a sua consistência, a sua objetividade e acima de tudo o seu valor, tendo como finalidade máxima a tomada de decisão na resolução de problemas (Dias & Lopes, 2010).

Como refere Silva (2006, p. 21), *“a capacidade para combinar o conhecimento e experiência com a capacidade de pensar, considerando o contexto onde o pensamento tem lugar, é essencial na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados, que se vêm tornando cada vez mais frequentes na prática clínica de enfermagem”*.

Benner (2001) defende que a teoria é um excelente instrumento para explicar e prever o real, no entanto, a perícia desenvolve-se através da experiência prática, com o teste e refinação de propostas e hipóteses. Ou seja, é possível falar em experiência quando concepções e expectativas preconcebidas são colocadas em causa, corrigidas ou refutadas pela situação atual. *“A perícia em matéria de tomadas de decisões humanas complexas, como é o caso nos cuidados de enfermagem, torna possível a interpretação das situações clínicas. Além disso, os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática da enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem”* (Benner, 2001, p.33).

As tomadas de decisão que cada enfermeiro vai construindo no decorrer do processo de cuidados, assumem uma estrutura consistente com base na capacidade do enfermeiro interpretar, analisar e inferir em função dos dados que tem no momento. No entanto, esta estrutura de decisão poderá ser reforçada e até melhorada com a utilização de um SIE, que permita minimizar o erro através da disponibilização de dados que ajudem a informar o enfermeiro da resposta adequada a um determinado propósito, orientando, instruindo e proporcionando conhecimento, ficando o enfermeiro mais habilitado a desenvolver determinada atividade ou decidir face a um determinado contexto (Marin, 2010; Jesus & Sousa, 2011; Silva, 2016).

Assim, os SIE podem acrescentar valor aos fluxos de informação, aumentando a qualidade dos cuidados a prestar, uma vez que ao integrarem conhecimento baseado em evidência, disponibilizando algoritmos decisórios importantes para a excelência da prática clínica, constituem uma ferramenta de grande relevância no suporte à tomada de decisão (Jesus & Sousa, 2011).

No entanto, é necessário ter sempre em conta a afirmação de Silva (2006, p.221) *“importa salientar a preocupação de que não seja o SIE a impor a solução, mas antes, pela flexibilidade da*

*estrutura dos dados, permitir diferentes visões promotoras do desenvolvimento das práticas*". Quer isto dizer que, os SIE devem possibilitar a combinação do pensamento crítico do enfermeiro com informação de qualidade, permitindo uma integração do conhecimento explícito e do conhecimento tácito, numa proposta de desenvolvimento da análise reflexiva da prática clínica de enfermagem (Jesus & Sousa, 2011).

Os SIE devem ser concebidos à luz dos modelos conceptuais definidores da disciplina de enfermagem, modelos estes que norteiam as tomadas de decisão no contexto da prática clínica, sem que, no entanto, constituam um obstáculo ao desenvolvimento das práticas de enfermagem. Neste sentido, permitem dar resposta às necessidades de informação e documentação sentidas pelos enfermeiros, segundo o modelo conceptual utilizado, mas, contudo, devem ser percecionados como um instrumento que potencia a mudança, a evolução, a inovação, não apenas no contexto da prática clínica, mas também no desenvolvimento da própria disciplina de enfermagem (Silva, 2006).

## 2.2.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O conceito de qualidade em saúde reveste-se de um elevado grau de complexidade, estando a sua definição vinculada ao contexto político, cultural, social, jurídico, organizacional, económico, entre outros (Hesbeen, 2001). Este conceito encontra-se em permanente transformação e construção, refletindo as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, assim como as mudanças no meio envolvente (Machado, 2013).

Donabedian, referenciado por Machado (2013, p.25), define qualidade em saúde *"como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes"*. Acrescenta, ainda, que na definição de qualidade em saúde devem ser considerados atributos como a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e a equidade, regendo-se por valores e princípios, como a justiça, a centralidade no utente, a inovação, com a aplicação da melhor evidência (Pereira, 2009; Machado, 2013).

A dimensão técnica, interpessoal e ambiental, são identificadas como as três dimensões essenciais para a qualidade em saúde. A dimensão técnica encontra-se associada à utilização de conhecimentos técnico-científicos na resolução do problema de saúde do utente. No que toca à dimensão interpessoal, refere-se à relação estabelecida entre prestador de cuidados e utente. Por

fim, a dimensão ambiental, está relacionada com as condições de conforto e bem-estar oferecidas ao utente (Machado, 2013).

No desenvolvimento dos seus trabalhos, Donabedian propõem um modelo de avaliação dos cuidados de saúde assente na avaliação da estrutura, do processo e dos resultados. Por estrutura entende-se as condições sob as quais são prestados os cuidados de saúde, estando esta relacionada com características organizacionais, recursos materiais, humanos e financeiros. O processo compreende as intervenções efetuadas pelos profissionais de saúde, ou seja, todas as atividades realizadas e decisões tomadas, desde o momento em que o utente chega ao sistema de cuidados de saúde, avaliação inicial, diagnóstico, intervenção/tratamento e cuidados de follow-up. O resultado é a mudança alcançada no estado de saúde do utente através dos cuidados prestados (Tappen 2005; Machado 2013).

No decorrer do seu desempenho profissional, os enfermeiros recolhem dados, estabelecem objetivos, definem intervenções, avaliando posteriormente o impacto destas na saúde do utente ou população, sendo que neste sentido, a sua prática está diretamente relacionada com a aquisição, análise e interpretação de informação. A documentação de todos os dados implícitos à prestação de cuidados de enfermagem reveste-se assim de carácter de grande importância, uma vez que a qualidade dos cuidados prestados encontra-se refletido na qualidade dos registos efetuados (Tareco, 2015).

A informação obtida através da análise do resultado da intervenção de enfermagem junto do utente, evidência o que os enfermeiros fazem, o que deveriam fazer ou fazer melhor. Deste modo, permite a avaliação da prática, revelando as dificuldades, os erros, a negligência, não devendo apenas ser visto como um aspeto pejorativo, mas como base para a promoção constante da melhoria dos cuidados e da redução do erro.

Noutro sentido, os resultados alcançados revelam a contribuição da enfermagem no processo de cuidado, aumentando a visibilidade social do exercício profissional, o que constituiu particular importância, tendo em conta, os esforços de contenção de despesas que se fazem sentir atualmente na área da saúde. Como afirma Silva (2006, p. 19), *“Reduz-se no que se entende ser dispensável, não se poupa no que é contributo relevante para os ganhos em saúde das populações (ou assim deveria ser)”*. Os enfermeiros conhecem a importância do seu desempenho profissional junto do utente, potenciando o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados à sociedade, no então, por si só, este autoconhecimento não é suficiente, sendo essencial a

demonstração deste valor junto de quem possui o poder para alterar políticas de gestão (Silva, 2006; Sousa, 2006; Pinto, 2009).

Desta forma, os registos de enfermagem, geradores de dados informativos de grande relevância, são fundamentais para a construção de indicadores de saúde, que se apresentam como ferramentas estatísticas, sínteses informativas, que podem ser utilizadas como guias orientadores na monitorização, avaliação, adequação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Pereira, 2009). A qualidade de um indicador de saúde depende diretamente da quantidade e qualidade dos dados que lhe dão origem, isto é, *“sem dados, e sem dados com qualidade, não estão criadas as condições para a produção e utilização de indicadores de saúde de qualidade”* (Pereira, 2009, p. 55).

Tendo em conta a grande quantidade de dados documentados pelos enfermeiros, torna-se fulcral uma correta gestão dos dados gerados, possibilitando conceber indicadores que permitam a transformação da informação em ação centrada na melhoria global do desempenho dos serviços de saúde (Pereira, 2009).

O Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE), surge como resposta aos processos de agregação e gestão dos dados de enfermagem, constituindo um conjunto mínimo de dados específicos que deve ser sistematicamente registado de forma a melhor descrever os cuidados de enfermagem. Assim, torna-se fundamental que o processo de recolha e análise de dados seja sistemático e regular, obedecendo a um plano metódico, ordenado no tempo, permitindo que os enfermeiros criem uma rotina, não apenas de recolha, mas também de consumo da informação (Pereira, 2009).

Com a implementação do RMDE torna-se possível a comparação de dados de enfermagem entre diferentes populações, locais e momentos, permitindo descrever os padrões de cuidados de enfermagem, dando visibilidade ao trabalho realizado pelos enfermeiros, demonstrando as reais necessidades e problemáticas, constituindo um precioso auxiliar nos processos de gestão dos cuidados e dos recursos existentes (Pereira, 2009).

A implementação do RMDE tem como requisitos fundamentais a utilização de uma linguagem comum classificada de enfermagem e a implementação de um SIE consistente, integrado nos SIS, *“em que as lógicas de organização, associação, armazenamento e recuperação da informação são bem claras, explícitas e estruturadas segundo modelos baseados nas teorias da informação e na natureza dos cuidados de enfermagem”* (Pereira, 2009, p.46).

O RMDE ao estabelecerem repositórios de informação essencial sobre os cuidados de enfermagem prestados, constitui também um importante incentivo à investigação em enfermagem, uma vez que esta informação serve como alicerce, que sustenta todo um estudo, análise, reflexão crítica, permitindo o desenvolvimento do exercício profissional, numa busca constante pela excelência no cuidar.

### 2.2.3 DESENVOLVIMENTO E EVOLUÇÃO DOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

O grande movimento de reengenharia dos SIE em Portugal iniciou-se com os trabalhos pioneiros de Silva em 1995/2001 e Sousa e colaboradores em 1999/2005 (Macedo et al., 2015).

Em 1995, Silva apresenta os resultados do primeiro trabalho de investigação português sobre os SIE utilizados na prática clínica da enfermagem em contexto de unidades de internamento hospitalar, tendo resultado deste trabalho de investigação a conceção do modelo ENFIN- Sistema de Informação de Enfermagem.

Perante os resultados obtidos, Silva desenvolve um novo projeto sobre implementação dos SIE/TIC (módulo clínico de enfermagem hospitalar), tendo em vista a sua integração na base de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SONHO) desenvolvido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) (Sousa, 2006; Pereira, 2009).

Paralelamente, foi desenvolvido por Sousa et colaboradores, entre 1998 e 2000, no âmbito da parceria estabelecida entre Escola Superior de Enfermagem São João, a Administração Regional de Saúde do Norte e Sub-Região de Saúde de Vila Real e o IGIF-Porto, um projeto de implementação dos SIE/TIC no contexto da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade (Centros de Saúde). Deste projeto resulta o módulo clínico de enfermagem na comunidade ENFINCO, tendo por objetivo a sua integração na base de dados do Sistema de Informação Das Unidades de Saúde (SINUS) desenvolvido pelo IGIF. ENFIN e ENFINCO constituíram os modelos iniciais do SIE designado Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), posteriormente foi implementado em diversas instituições de saúde portuguesas.

No entanto, é importante salientar que o desenvolvimento destes modelos de dados assentou em 4 pilares fundamentais: a inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados, a integridade referencial dos dados e a incorporação dos SIE na Rede de Informação da Saúde (RIS) (Pereira, 2009).

### *2.2.3.1 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

A linguagem classificada é um tema central na discussão dos SIE, uma vez que se refere ao conteúdo do que será documentado. Como afirma Silva (2006, p. 29), “*ao pensar em SIE importa assumir-se que só comunicamos através da linguagem se todos atribuirmos aos mesmos significantes os mesmos significados*”. A importância do desenvolvimento de SIE em suporte eletrónico veio intensificar a necessidade de estabelecer uma classificação de enfermagem, com terminologia própria, que permita uma linguagem comum a todos os enfermeiros.

Silva (2006) refere que a utilização de uma nomenclatura de enfermagem possibilita uma melhor comunicação entre enfermeiros (e inclusive com outros profissionais), descrevendo os cuidados de enfermagem de forma contínua e rigorosa, potenciando a tomada decisão em enfermagem, possibilitando a comparação dos dados obtidos, permitindo calcular a necessidade de recursos de enfermagem em relação às necessidades dos utentes e promovendo, assim, a observação da prática clínica de enfermagem através dos SIE, influenciando as decisões políticas na Saúde.

A CIPE foi a classificação seleccionada pelo facto de, até aquele momento, não existir tradição na utilização de classificações formais que incluíssem os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem: diagnóstico, intervenção e resultado (Silva 2006; Pereira, 2009). A utilização da CIPE como linguagem comum alcançou o consenso internacional em 2005, sendo proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para integrar o grupo de classificações aprovadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e a nível nacional, sendo considerada pela Ordem dos Enfermeiros como referencial de linguagem obrigatório na implementação dos SIE (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Os SIE ao incluírem a CIPE, enquanto estrutura de linguagem comum, proporcionam a evolução da formalização do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem aplicada na prática clínica, e permite a convergência a nível da partilha de códigos e significados fulcrais na geração de sínteses informativas, potenciando a gestão da informação (Pereira, 2009).

### *2.2.3.2 Parametrização dos Conteúdos por unidade de cuidados*

Outro pilar essencial para o desenvolvimento destes modelos de dados, foi a parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados, ou seja, o processo de incorporar e adequar os principais itens de informação utilizados em cada serviço nos conteúdos que sustentam o SIE, de forma a melhor descrever os cuidados de enfermagem prestados (Pereira, 2009). “*Isto porque as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, os objetivos dos cuidados, as*

*intervenções, os dados da apreciação inicial e os dados da observação/ vigilância contínua do doente variam de unidade para unidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2007).*

Assim, a necessidade de estabelecer a parametrização por unidades de cuidados gerou a oportunidade para os enfermeiros refletirem sobre a sua prática clínica, analisando quais os fenómenos de enfermagem mais frequentes, quais os diagnósticos de enfermagem mais pertinentes e quais as intervenções que mais eficientemente lhe dão resposta.

Este trabalho de parametrização não se limita apenas ao momento de implementação do SIE, mas deve ser considerado um trabalho contínuo, de constante reflexão sobre a prática, que permita que os conteúdos inseridos no SIE sejam devidamente atualizados, sendo possível a cada um dos serviços de saúde poder alterar, a qualquer momento, os conteúdos segundo a sua necessidade de utilização.

#### *2.2.3.3 Integridade referencial de dados*

Outro vetor importante no desenvolvimento do modelo do SIE assenta na integridade referencial de dados, ou seja, diagnósticos, *status*/objetivos/resultados esperados, intervenções de enfermagem e dados da vigilância/ monitorização devem estar internamente relacionados.

A integridade referencial de dados permite, ao longo do episódio de internamento ou no decorrer dos contactos em ambulatório, os diferentes diagnósticos de enfermagem ativos, os diferentes *status*/ objetivos/ resultados esperados documentados relativamente a determinado diagnóstico de enfermagem, as diferentes intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico, os diferentes registos relativos às intervenções do tipo “observar” associados à intervenção, existindo integridade entre diagnóstico de enfermagem / objetivo/ resultado esperado (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Esta característica do SIE possibilita inferir resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, uma vez que facilita o acesso a todos os dados relativos a um determinado domínio específico da informação, sendo que, ao aplicar como critério de acesso a orientação cronológica, permite perceber a evolução deste domínio ao longo de um turno, dia, ou período de tempo (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

#### *2.2.3.4 Incorporação na Rede de Informação da Saúde*

Por fim, os trabalhos desenvolvidos por Silva e Sousa et colaboradores tinham como um dos seus objetivos a incorporação do modelo de dados desenvolvido na RIS, potenciando a produção de

indicadores de processo e resultado e possibilitando a construção de bases de dados sobre os cuidados de enfermagem (Silva, 2006; Pereira, 2009).

O SAPE foi integrado a nível hospitalar no SONHO e a nível de cuidados de saúde primária no SINUS. *“A incorporação deste modelo de dados na RIS, apesar das características singulares e localmente significativas do processo de parametrização dos conteúdos, permite vislumbrar a possibilidade de partilha de um conjunto de itens de informação que possam revelar importância para processos de agregação de dados a larga escala”* (Pereira, 2009, p. 41).

Na realidade, o facto de o SIE se encontrar integrado na RIS possibilita que a informação gerada flua ao longo da cadeia de gestão, constituindo uma ferramenta importante na tomada de decisão política. O facto de os dados circularem dentro da RIS, permite reforçar a proteção, a privacidade e confidencialidade da informação documentada sobre o utente.

#### 2.2.4 EVOLUÇÃO DO SAPE PARA O SCLÍNICO

O SAPE foi amplamente implementado a nível nacional, tanto em contexto hospitalar como nos cuidados de saúde primários. O facto de a parametrização de conteúdos incluídos no SAPE, ser realizada a nível da unidade de saúde, veio evidenciar uma diversificação de enunciados tanto de diagnósticos como de intervenções de enfermagem, que dificultava a interoperabilidade da informação gerada pelos enfermeiros e impedia a produção nacional de indicadores com base na informação que resulta da ação profissional dos enfermeiros (Paiva et.al., 2014). Torna-se assim fundamental uniformizar a parametrização do SIE a nível nacional permitindo uma melhor rentabilização da informação clínica gerada nas unidades de saúde (Paiva et.al., 2014).

O SClínico surge como um SIS evolutivo, tendo sido desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), através da conjugação do SAPE e do SAM (Sistema de Apoio ao Médico), de forma a existir uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, que permita o acesso, a utilização e partilha de informação clínica do utente.

O SClínico constitui uma das estratégias do Ministério da Saúde para a uniformizar os procedimentos de registo clínico, de forma a garantir a normalização da informação em saúde. Com a sua utilização, pretende-se homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, contribuindo para o melhor desempenho dos profissionais de saúde dentro da equipa multidisciplinar, possibilitando o incremento da qualidade dos cuidados prestados ao utente (SPMS, 2017).

A nível de Enfermagem, o SClinico quebra com o SIE que o antecedeu, no sentido que a parametrização deixa de ser efetuada pelo serviço utilizador, tendo por objetivo atingir uma parametrização nacional, que permita limitar a diversificação de enunciados de diagnósticos e de intervenção de enfermagem, facilitando o tratamento dos dados gerados.

Com esse intuito, foram introduzidas atividades diagnósticas, que recorrem a instrumentos de avaliação validados, que permitem a sugestão de diagnósticos de enfermagem previamente enunciados. Após verificação do diagnóstico de enfermagem existe um conjunto de intervenções propostas que o enfermeiro pode selecionar.

O SClinico traz de novo, também, a possibilidade de estabelecer fenómenos de atenção de enfermagem sem a necessidade de atribuição obrigatória de status, permitindo posteriormente associar intervenções do tipo “Avaliar”, “Vigiar” e “Monitorizar”.

Desta forma, o SClinico pretende uma harmonização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, facilitando a análise, interpretação e comparação de dados tanto a nível organizacional como nacional, constituindo uma fonte importante de informação para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores importantes para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e para a tomada de decisão política.

### **2.3 Processo De Mudança**

Todas as organizações, independentemente da sua área, encontram-se integradas num ambiente dinâmico, em constante transformação. Assim, a mudança deve ser encarada como um processo natural e contínuo, devendo as organizações desenvolver estratégias que lhes permitam a adaptação a estas mudanças (Carvalho et al., 2015).

Através da gestão da mudança, *“os líderes procuram inspirar e guiar os colaboradores no processo de mudança, para que esta seja o mais suave possível e decorra sem turbulências. Pretende-se consciencializar as pessoas da necessidade e das vantagens de mudança, definir e atuar nas várias etapas do processo de mudança, e atuar sobre as resistências à mudança”* (Carvalho et al., 2015, p. 194).

Como afirmam os mesmos autores, atualmente, e em contexto de uma sociedade ultra informatizada, as áreas onde a necessidade de mudança é mais evidente são as tecnologias, a comunicação e o processamento de informação.

Segundo Sandi (2015), para que a implementação de um sistema de informação seja um sucesso, é necessário existir um plano estratégico organizacional para o desenvolvimento do mesmo.

Quanto mais abrangente é a tecnologia, ou quanto maior a extensão da sua aplicação, mais difícil se torna alcançar o sucesso, sendo que as questões organizacionais são muitas vezes as responsáveis por essas dificuldades.

“Mudança organizacional é o movimento de uma organização de um estado atual para um futuro desejado, tendo em vista a melhoria da eficácia e da eficiência” (Mações, 2017, p. 66). Neste sentido, para que o processo de mudança organizacional seja bem-sucedido deve ser corretamente ponderado, planejado e implementado.

O Modelo do Campo de Forças, desenvolvido por Lewin (1951), é um dos modelos fundamentais para a compreensão da mudança organizacional, salientando a importância de iniciar este processo avaliando as forças motoras e as impeditivas dentro do sistemas em causa, permitindo ao gestor traçar estratégias de mudança eficientes (Tappen 2005; Mações, 2017).

Segundo este modelo, o processo de mudança decorre em três fases: descongelar (*unfreezing*), mudar (*change*) e recongelar (*refreezing*). O descongelamento é a fase de preparação do processo de mudança, em que o *statu quo* é quebrado, sendo percebida a necessidade de abandonar as antigas práticas. Segundo Lewin (1951), a mudança significa a passagem de uma fase para outra diferente, implicando transformação, perturbação, desconfiança e inclusive rutura, dependendo da intensidade da mudança. O recongelamento é necessário para evitar retrocessos, estabilizando a nova situação alcançada, para que a mudança seja sustentada ao longo do tempo (Tappen, 2005; Mações, 2017).

Contudo, através da sua investigação, Jonh Paul Kotter concluiu que apesar de grandes esforços de mudança, apenas 30% dos processos de mudança têm sucesso. Desta forma, desenvolveu um modelo de implementação de mudança, com o objetivo de ajudar as organizações a realizar com sucesso este processo, envolvendo todas as pessoas da organização (Carvalho et al., 2015). Este modelo é constituído por oito passos:

1. Criar uma noção de urgência/ necessidade da mudança – explicar aos colaboradores o porquê da necessidade de mudança, quais as ameaças e oportunidades inerentes a esta, permitindo que os colaboradores percebam a importância de agir, criando a noção de necessidade de mudança e conseguindo a colaboração e empenho para prosseguir o processo;
2. Formar um grupo coeso para implementar a mudança - formar um grupo com capacidade e poder para liderar a mudança, constituído por pessoas respeitadas e com alguma importância na organização (seja pela posição que ocupam, experiência, conhecimentos técnicos ou influência);

3. Desenvolver uma visão da mudança – deve ser estabelecida uma visão clara sobre o que é pretendido, pois vai ajudar as pessoas a direcionar e coordenar os seus esforços no processo de mudança;
4. Comunicar a visão – a visão e a estratégia deve ser largamente difundida, utilizando todos os canais possíveis, de forma a serem entendidas e aceites por todos os participantes;
5. Capacitar as pessoas para atuarem de acordo com a mudança – criando estruturas e desenvolvendo competências/ habilidades que permitam aos colaboradores lidar com a mudança; A formação é essencial, uma vez que permite melhorar/aumentar as competências profissionais, atualizando conhecimentos e técnicas, capacitando o colaborador para agir de forma adequada perante a mudança;
6. Planear de forma a atingir ganhos a curto prazo – As alterações conseguidas com a mudança normalmente são avaliadas a longo prazo, no entanto é importante planear aumentos visíveis de desempenho a curto prazo, dando visibilidade aos ganhos conquistados através da mudança efetuada, reforçando o interesse e motivação.
7. Consolidar a evolução e produzir ainda mais mudança – aproveitar o aumento de credibilidade no processo de mudança para alterar sistemas, estruturas e políticas que ainda não estão de acordo com a visão estratégica;
8. Incorporar as mudanças na cultura da organização – para que as mudanças sejam efetivas, devem ser incorporadas na cultura da organização, para esse efeito é importante que o sucesso da organização seja associado à mudança realizada.

Em suma, o envolvimento e participação ativa dos colaboradores é essencial para o processo de mudança, reduzindo a resistência a esta. Estratégias como a comunicação ativa, ações formativas para desenvolvimento de competências e habilidades, envolvimento na tomada de decisão, negociação, cooperação devem ser adotadas pelos gestores da mudança de forma a terem o apoio e colaboração das várias pessoas que integram a organização (Mações, 2017).

## **2.4 Finalidade e Objetivos do Estudo**

Esta investigação surge como resposta a uma inquietação profissional que avivou o interesse académico sobre a temática.

A utilização de SIE em suporte eletrónico já não constitui uma novidade, existindo já vários anos de experiência com o SAPE, e inclusive a utilização em simultâneo de outros sistemas de apoio, tanto a nível da administração de fármacos, como de colheita de análises laboratoriais, em que a

sua implementação foi tranquila, sendo estes integrados com relativa facilidade nas dinâmicas de trabalho diárias.

Porém, a implementação do SClínico revestiu-se de uma especial turbulência. As dificuldades e dúvidas sentidas pela equipa de enfermagem relativamente às alterações introduzidas pelo SClínico, e os inúmeros momentos de discussão e reflexão conjunta, com emergir de questões objetivas, no âmbito da correta documentação dos cuidados prestados, mas também, de questões mais amplas e de grande relevância para a enfermagem, como a influência da evolução do SIE na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados prestados ao utente, despertaram o interesse pelo fenómeno.

As perspetivas dos diferentes colegas de equipa constituíam peças pouco estruturadas e indefinidas de um puzzle, mas suficientemente inquietantes para aguçar o interesse académico, constituindo o “ponto de ignição” para a elaboração deste trabalho.

Tendo em conta, o conhecimento sintetizado ao longo deste capítulo é incontestável a importância que os SIE constituem para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, disciplina e ciência. Contudo, são os enfermeiros que na sua utilização diária do SIE, em diferentes contextos clínicos, o põem à prova, logo torna-se essencial compreender qual a sua perspetiva sobre a sua evolução e de que forma esta mudança influencia a sua tomada de decisão e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao utente.

Este trabalho constitui um esforço de envolver os enfermeiros na busca contínua pela excelência do cuidar, permitindo através do estudo das suas perspetivas, das experiências decorrentes da utilização do SIE, aumentar o conhecimento existente sobre este, constituindo a base para o desenvolvimento de novas investigações que permitam o constante progresso dos SIE, contribuindo para procura constante da excelência nos cuidados de enfermagem.

Desta forma foram traçados os seguintes objetivos para este trabalho de investigação:

- I. Compreender a importância atribuída pelos enfermeiros aos registos de enfermagem;
- II. Descrever a perspetiva dos enfermeiros sobre o processo de reformulação do SIE no seu ambiente clínico;
- III. Explorar a perspetiva dos enfermeiros sobre as principais mudanças introduzidas pelo SClínico comparativamente ao SAPE;
- IV. Conhecer a perspetiva dos enfermeiros sobre a influência das mudanças introduzidas pelo SClínico na tomada de decisão em enfermagem;

- V. Compreender como as mudanças introduzidas nos SIE influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem, na perspetiva dos enfermeiros;
- VI. Explorar sugestões para a melhoria e desenvolvimento contínuo do SIE.



### 3. ASPETOS METODOLÓGICOS

O enquadramento metodológico de uma investigação permite fundamentar as opções relativamente aos métodos, técnicas e procedimentos utilizados. Neste sentido, este capítulo pretende debruçar-se sobre os aspetos de natureza metodológica que orientaram o estudo de investigação.

Desta forma, será explanado o tipo de estudo e abordagem utilizada, assim como a estratégia de amostragem, o instrumento de colheita de dados, a técnica de análise de conteúdo e as considerações éticas.

#### 3.1 Tipo de Estudo e Abordagem

Com esta investigação pretende-se explorar, descrever e compreender a perspetiva dos enfermeiros sobre a utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem, nomeadamente a mudança do SAPE para o SClínico, assim como a sua influência na tomada decisão e qualidade dos cuidados de enfermagem, dado que o fenómeno é ainda mal conhecido. Por conseguinte, esta investigação enquadra-se num estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, uma vez que o estudo exploratório descritivo permite explorar, conhecer, descrever, determinar a natureza e características de conceitos, populações ou fenómenos, permitindo traçar um retrato claro e preciso do objeto de estudo, que poderá constituir os alicerces para futuras investigações.

A abordagem qualitativa permite adotar uma abertura de métodos que se ajustam à complexidade do objeto de estudo, não o reduzindo a simples variáveis, possibilitando a sua perceção como um todo integrado no seu contexto quotidiano (Flick, 2005; Morse, 2007).

Segundo Carpenter & Streubert (2013, p. 21), *“em vez de procurarem uma realidade- uma verdade- os investigadores comprometidos com a investigação qualitativa acreditam que os indivíduos participam ativamente nas ações sociais e através destas ações que ocorrem de acordo com experiências anteriores, conhecem e compreendem os fenómenos de diversos modos”*. Assim, os investigadores qualitativos não assumem apenas uma única verdade, mas múltiplas realidades, diferentes perspetivas, que ao serem consideradas permitem uma compreensão profunda do objeto de estudo.

Como refere Morse (2007), os objetivos da investigação qualitativa são o desenvolvimento da teoria, descrição, explicação e compreensão da realidade, o que vai de encontro ao pretendido com esta investigação, assente numa lógica de pensamento preferencialmente indutiva, partindo de uma situação particular para o geral.

### **3.2 População e Amostra**

A população-alvo deste estudo são os enfermeiros do Hospital Senhora da Oliveira, EPE, utilizadores do SClínico. Devido à impossibilidade de estudar a totalidade da população alvo, foi necessário recorrer a uma amostra.

A representatividade de uma amostra, numa investigação qualitativa, não é conseguida através da aleatoriedade ou estratificação, sendo os participantes selecionados de acordo com o nível esperado de gerarem novas perspetivas sobre o objeto de estudo, tentando dar resposta ao objetivo de desenvolver uma descrição rica e densa sobre o fenómeno (Flick, 2005; Carpenter & Streubert, 2013).

Flick (2005) afirma que existe uma possibilidade teoricamente ilimitada de integração de novos participantes, motivo pelo qual se torna necessário definir critérios para limitar a amostragem.

Os critérios de seleção primária de um bom participante, nomeadamente entrevistado, passa por possuir os necessários conhecimentos e experiência do assunto ou objeto em questão, que possibilite a resposta às perguntas da entrevista. Deve possuir capacidade de reflexão e articulação, tempo para ser entrevistado e disposição para participar no estudo (Flick, 2005).

A seleção gradual é considerado o princípio original da amostragem na investigação qualitativa, sendo passível de utilizar diferentes estratégias de atuação. Entre estas consta a amostragem de variação máxima, que pretende incluir apenas alguns casos, no entanto o mais diversificados possível, de forma evidenciar a amplitude das variações e da diferenciação existentes (Flick, 2005).

Neste sentido, os critérios de inclusão dos enfermeiros participantes nesta investigação foram a utilização do SAPE superior a um ano e posterior utilização do SClínico superior a seis meses. Foi ainda selecionada uma amostra de enfermeiros cujo exercício profissional se desenvolvesse em diferentes valências clínicas, nomeadamente nos serviços de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetria e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), com diferentes cargos, percursos académicos distintos e tempo de exercício profissional diferenciados.

Para efetuar esta seleção foi solicitado o apoio do Enfermeiro-Chefe de cada unidade, de forma a alcançar a maior variação possível de perspetivas sobre o fenómeno em estudo, de forma a enriquecer a sua descrição.

Desta forma, entrevistou-se dois enfermeiros que se encontravam a desenvolver cargo de gestão e três enfermeiros de cada uma das unidades clínicas supracitadas (um enfermeiro especialista, um elemento com maior experiência profissional e um elemento com menor experiência profissional).

### **3.3 Instrumento de Colheita de Dados: Entrevista Semiestruturada**

Decorrente do carácter exploratório do estudo, o instrumento de colheita de dados selecionado foi a entrevista semiestruturada, uma vez que, apesar de apresentar perguntas orientadoras, é flexível e permite ao participante exprimir a sua perspetiva (Carpenter & Streubert, 2013).

A utilização de perguntas abertas permite aos participantes expressar-se pelas suas próprias palavras, sem sugestão prévia das respostas, sendo desta forma possível explorar a real perspetiva do participante, demonstrando o seu conhecimento, a relevância que atribui ao fenómeno, os sentimentos e emoções desencadeados por este, proporcionando um quadro de referência muito mais complexo. Contudo, tornou-se fundamental criar um guião com questões orientadoras de forma a garantir a colheita de dados pertinentes para a investigação (Anexo I). A definição das questões a incluir no guião foram de encontro às dúvidas existentes sobre o fenómeno, tendo por base experiência vivenciada pela investigadora, suportada pela revisão da literatura efetuada.

A entrevista apresenta duas partes, uma inicial com a colheita de dados sociodemográficos e uma segunda composta por perguntas abertas relativas a cinco tópicos: registos de enfermagem, reformulação dos SIE/CIPE, evolução SAPE - SClínico, melhoria e desenvolvimento do SIE e reflexão sobre a entrevista.

As entrevistas decorreram na sala de reuniões disponibilizada pelo Hospital Senhora da Oliveira, em data e hora estabelecida com os enfermeiros participantes, entre Novembro de 2016 e Abril de 2017. Com a devida autorização dos participantes, foi efetuado o registo áudio da entrevista, com duração média de 30 minutos.

### 3.4 Tratamento e Análise de Dados

Com o intuito de facilitar a compreensão e apresentação dos dados obtidos através das entrevistas efetuadas, optou-se pela utilização da análise de conteúdo, por esta ser a mais adequada a estudos desta natureza. Bardin (2008), define a análise de conteúdo como:

*“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (p. 44).

Desta forma, as entrevistas foram transcritas na íntegra, sendo posteriormente verificadas com o registo áudio de forma a certificar a qualidade da transcrição.

Após a leitura flutuante, optou-se por constituir o *corpus* documental a partir da totalidade do conteúdo das entrevistas. *“O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”* (Bardin, 2008, p. 122).

Posteriormente, foi efetuada a codificação dos dados, sendo este o processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades de registo e de contexto. A unidade de registo corresponde ao segmento do conteúdo a considerar como unidade de base, enquanto que a unidade de contexto é a porção do texto utilizada para enquadrar a unidade de registo, correspondendo ao segmento da mensagem com dimensões ótimas para que se possa compreender o significado da unidade de registo, permitindo uma descrição exata das características relevantes do conteúdo (Bardin, 2008).

A partir do momento em que se procede à codificação do material, deve-se produzir um sistema de categorias, cujo objetivo é estabelecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto (Bardin, 2008).

Deste modo, procedeu-se à categorização, que é definida por Bardin (2008, p. 145) como *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”*. Assim, as categorias definem-se como rubricas ou classes que agrupam elementos, nomeadamente unidades de registo, com características comuns. Neste estudo o critério de categorização utilizado foi o semântico, originando categorias temáticas (Anexo II).

O procedimento de análise dos dados foi efetuada manualmente pela investigadora, tendo o processo de codificação e categorização sido revisto e validado pelos investigadores seniores, de modo a garantir a coerência da interpretação e a correta correspondência dos dados.

### 3.5 Questões Éticas

O investigador tem a responsabilidade profissional de durante a investigação defender os princípios éticos, protegendo o ser humano.

Em primeiro lugar, o respeito pela não maleficência, propondo a obrigação de não infligir dano intencional ao participante no decorrer do trabalho de investigação.

O respeito da autonomia centra-se no consentimento informado do participante, que significa que o participante possui informação adequada relativamente à investigação, sendo capaz de compreender esta informação e desta forma decidir de forma livre e voluntária participar ou não na investigação.

Desta forma, antes de se iniciar a colheita de dados, os participantes foram informados verbalmente sobre os objetivos do estudo, o instrumento de colheita de dados, garantia de confidencialidade e anonimato de dados e sobre o direito de poderem abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. Houve a preocupação em esclarecer as dúvidas colocadas pelos participantes. O consentimento informado do participante ficou documentado com o preenchimento e assinatura de minuta própria (Anexo III).

O princípio da beneficência aplica-se principalmente à confidencialidade e anonimato dos dados, sendo garantido ao participante de que a informação colhida não será publicada de modo a identificá-lo. Neste sentido, os enfermeiros participantes nesta investigação serão identificados recorrendo a uma letra do alfabeto (exemplo: “EnfA”).

O princípio da justiça assenta no tratamento justo e no direito à privacidade. A relação estabelecida durante a colheita de dados pode levar dilemas éticos, tais como confusão de papéis, colheita de informação que ultrapassa o limite da investigação e o consentimento previamente dado. Para neutralizar a ocorrência destes problemas, o investigador teve sempre presente o seu papel, assim como os objetivos definidos para a investigação. O investigador respeitou o que foi acordado com o participante no decorrer do consentimento informado.

Com o intuito de certificar que nenhum princípio ético foi colocado em causa, o estudo foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética da Universidade do Minho (Anexo IV) e à Comissão de Ética do Hospital Senhora da Oliveira (Anexo V), tendo obtido parecer positivo.



## 4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

*“O analista é como um arqueólogo.  
Trabalha com vestígios: os “documentos” que pode descobrir ou suscitar.  
Mas os vestígios são manifestações de estados, de dados e de fenómenos.  
Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles.”*  
(Bardin, 2008, p. 41)

Neste capítulo pretende-se realizar a apresentação, análise e interpretação dos dados obtidos através da entrevista semiestruturada, com o objetivo de revelar a natureza da informação recolhida, que servirá de base à discussão realizada no capítulo seguinte.

Desta forma, inicialmente, será efetuada a caracterização da amostra decorrente da análise dos dados sociodemográficos obtidos nas entrevistas e, posteriormente, a análise de conteúdo do corpus documental.

### 4.1 Caracterização da Amostra

No decorrer do trabalho de investigação, foram realizadas 17 entrevistas a enfermeiros do HSO, estando a distribuição dos participantes representada na Figura 1.

Através da caracterização sociodemográfica (Quadro 1), verificamos que a média de idade dos participantes situa-se nos 45 anos, sendo que a maioria é do género feminino (n=14).

Entre os participantes existe um elevado número de enfermeiros especialistas, sobretudo a nível dos serviços de Obstetrícia, Pediatria e UCIP. De referir a existência de dois enfermeiros com o grau académico de mestre, que se encontram a desenvolver função de gestão. O tempo médio de experiência profissional situa-se nos 20 anos.

Tendo em conta que o SAPE foi implementado em períodos diferentes nos diferentes serviços do Hospital, existem participantes que referem experiência de utilização do SAPE de aproximadamente 13 anos (a nível da UCIP, serviço piloto na implementação do SAPE no HSO) e 5 anos (Medicina Interna, pertencente ao último grupo de serviços a implementar o SAPE), situando-se a média de tempo de utilização do SAPE em 9 anos.

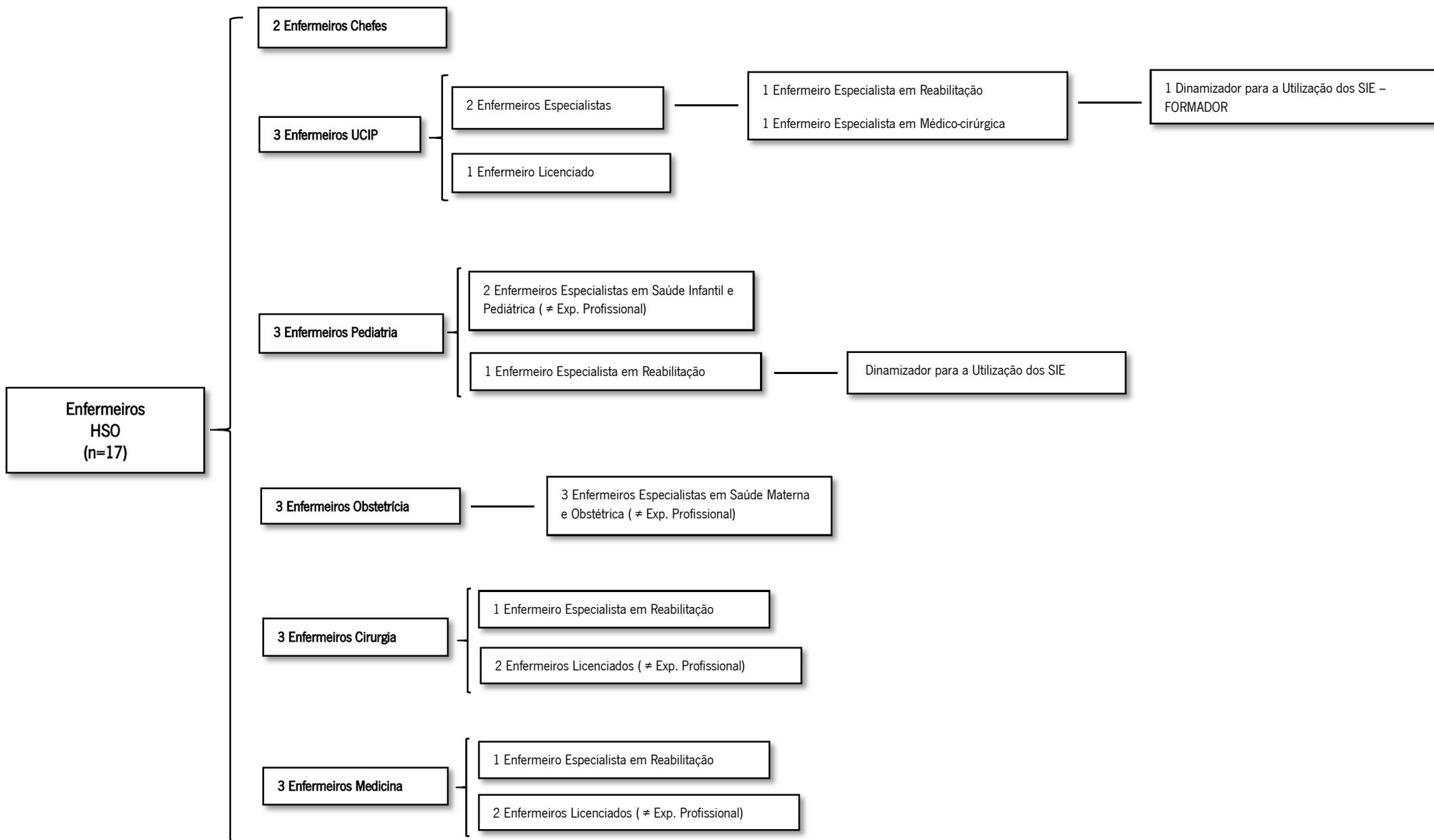
Todos os participantes referem utilizar o SClínico desde o momento da sua implementação, tendo vivenciado o processo de mudança do SAPE para o SClínico.

Quadro 1. Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

<b>Idade</b>	Mínima	31 Anos
	Média	45 Anos
	Máxima	53 Anos
<b>Género</b>	Feminino	14
	Masculino	3
<b>Formação Académica</b>	Licenciatura	5
	Especialidade	10
	Mestrado	2
<b>Experiência profissional</b>	Mínimo	8 Anos
	Médio	20 Anos
	Máximo	30 Anos
<b>Tempo de utilização do SAPE</b>	Mínimo	5 Anos
	Médio	9 Anos
	Máximo	13 Anos
<b>Tempo de utilização do SClínico</b>	Todos os participantes referem mais de 1 ano	

Figura 1. Distribuição dos participantes

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem



## 4.2 Evolução dos Sistema de Informação em Enfermagem

Após a leitura do corpus documental, emergem cinco categorias pertinentes de serem analisadas e interpretadas, nomeadamente: “Utilidade dos Registos de Enfermagem”, “Processo de Mudança do SAPE-SClínico”, “Alterações introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE”, “Implicações da Evolução do Sistema de Informação em Enfermagem nos Cuidados de Enfermagem” e “Perspetiva dos Enfermeiros sobre a evolução dos SIE” (Quadro 2).

A primeira categoria “Utilidade dos Registos de Enfermagem” reveste-se de grande importância uma vez que permite perceber qual a perceção dos enfermeiros sobre os registos de enfermagem, a importância atribuída a estes, assim como, compreender qual a utilidade conferida pelos enfermeiros à informação documentada.

Em relação à segunda categoria “Processo de Mudança SAPE-SClínico” é possível compreender qual a perceção dos enfermeiros relativamente ao processo de mudança do SIE e à evolução da CIPE, no seu ambiente clínico.

A terceira categoria, “Alterações introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE”, debruça-se sobre as principais alterações percebidas pelos enfermeiros no decorrer da introdução do SClínico, tanto a nível de conteúdo como da estrutura do SIE.

A categoria “Implicações da Evolução do Sistema de Informação em Enfermagem nos Cuidados de Enfermagem” permite compreender a perspetiva dos enfermeiros relativamente à influência das alterações decorrentes da evolução do SIE a nível da tomada de decisão, da qualidade e visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Por último, foi estabelecida a categoria “Perspetiva dos enfermeiros sobre a evolução dos SIE”, que explora as sugestões mencionadas pelos enfermeiros ao longo das entrevistas, com o intuito de potenciar o desenvolvimento do SIE.

Quadro 2. Evolução dos Sistema de Informação em Enfermagem

Categoria	Subcategoria	Indicadores
Utilidade dos Registos de Enfermagem	Gestão e Qualidade em Saúde	Tornam visível a prática clínica dos enfermeiros e os ganhos em saúde
		Promovem a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem
		Suporte à avaliação individual de desempenho dos enfermeiros
		Suporte à gestão dos recursos humanos
	Prestação de Cuidados (Prática Clínica)	Suporte à tomada decisão
		Ajudam no planeamento dos cuidados de enfermagem
		Promovem a continuidade dos cuidados de enfermagem
		Facilitam a transmissão da informação
	Valor ético-legal	Servem de prova documental/legal
	Processo de Mudança do SAPE- SClínico	Gestão do processo de mudança
Ausência de suporte por parte de um grupo de acompanhamento		
Período do ano inadequado para desencadear o processo de mudança		
Nível de adequação da formação		
Período de treino inadequado		
Período de adaptação Insuficiente		
Apoio sentido por parte de “peritos”		
Recursos humanos insuficientes (enfermeiros)		
Estratégias de gestão não compreendidas pelos enfermeiros (registos sem utilidade clínica)		

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Processo de Mudança do SAPE- SClínico  (Cont.)	Aspetos relacionados com o SIE (SClínico)	SIE (SClínico) requer uma nova forma de raciocínio clínico	
		SIE (SClínico) com uma estrutura de navegação complexa e pouco "amigável"	
		Parametrização muito rígida dos conteúdos do SClínico, não respondendo às necessidades do serviço	
		SIE com atualizações frequentes	
		Promove Reflexão constante sobre as práticas	
		Discussão em equipa sobre a definição do resumo mínimo de dados de enfermagem específico do serviço	
	Aspetos pessoais relacionados com os enfermeiros	Aspetos motivacionais	
		Iliteracia informática	
	CIPE enquanto estrutura de linguagem comum de suporte ao SIE (S-Clínico)	Valorização da CIPE	
		Complexidade e dissonância dos conceitos da CIPE	
		Formação insuficiente sobre a taxonomia da CIPE e conceção de cuidados	
		Dificuldades geradas pela evolução nas diferentes versões da CIPE	
		Conceções de cuidados distinta entre os enfermeiros de diferentes unidades de saúde	
		Necessidade de melhoria na aplicabilidade da CIPE	
		Linguagem não compreendida pela equipa multidisciplinar	
	Alterações introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE	Relacionadas com os conteúdos disponíveis no SIE (SClínico)	Melhoria associada à atividade diagnóstica
			Diminuição dos conteúdos disponíveis relativamente ao processo de enfermagem
			Desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços
Relacionadas com a estrutura do SIE (SClínico)		"Lentificação" na "navegação" pelo SClínico	
		Estrutura do SClínico pouco "amigável" pelo nº de "passos" para documentar	
		Dificuldade na procura de intervenções de enfermagem com menor utilização no serviço	

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Implicações da Evolução do SIE nos Cuidados de Enfermagem	Ao nível do Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem	Maior objetividade na atividade diagnóstica facilitadora da tomada de decisão/processo de enfermagem
		Mudanças percecionadas como não tendo impacto na melhoria da tomada de decisão
	Ao nível da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Perceção da qualidade dos cuidados como um resultado complexo
		SIE como ferramenta potenciadora da qualidade de cuidados
		Mudanças não percecionadas como promotoras da qualidade
		Diminuiu o tempo disponível para estar à “cabeceira do doente”
	Ao nível da Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem	Mantém uma descrição insuficiente da condição de saúde do doente
		Os registos informatizados não traduzem os ganhos em saúde e a intensidade dos cuidados de enfermagem
		Mantém-se a dificuldade na produção de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem
		Maior compreensão sobre o processo de enfermagem e a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem
		Promove o desenvolvimento disciplinar por via da investigação sobre os cuidados de enfermagem
	Perspetiva dos enfermeiros sobre a evolução dos SIE	Sugestões a nível do conteúdo
Melhorar o acesso às orientações internas e da DGS		
Eliminar a duplicação de registos e intervenções com significado semelhante		
Maior adequação das escalas de medidas dos critérios de diagnóstico		
Introduzir as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem		
Quadros de vigilância com maior operacionalidade		
Sugestões a nível da estrutura		Tornar o SIE mais rápido na “navegação” pelos conteúdos parametrizados
		Tornar o SIE mais simplificado na “navegação” pelos conteúdos (“menos passos”) parametrizados
Melhorar o processo de acompanhamento de implementação/utilização do SIE		Investir na formação continua
		Realização de auditorias regulares ao processo de reformulação e implementação dos SIE

#### 4.2.1 CATEGORIA I – UTILIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Os registos de enfermagem são perçecionados, de forma unânime, como de grande importância. No entanto, existe divergência ao nível da utilidade atribuída aos mesmos. Assim, da categoria “Utilidade dos Registos de Enfermagem” emergem três subcategorias referentes à utilidade atribuída aos registos: “Gestão e Qualidade em Saúde”, “Prestação dos Cuidados (Prática Clínica)” e “Valor ético-legal” (Quadro 3).

Quadro 3. Categoria I- Utilidade dos Registos de Enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Freq.
Gestão e Qualidade em Saúde	Tornam visível a prática clínica dos enfermeiros e os ganhos em saúde	8
	Promovem a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	2
	Suporte à avaliação individual de desempenho dos enfermeiros	2
	Suporte à gestão dos recursos humanos	1
Prestação de Cuidados (Prática Clínica)	Suporte à tomada decisão	4
	Ajudam no planeamento dos cuidados de enfermagem	2
	Promovem a continuidade dos cuidados de enfermagem	3
	Facilitam a transmissão da informação	1
Valor ético-legal	Servem de prova documental/legal	4

##### 4.2.1.1 Gestão e Qualidade em Saúde

Existe a percepção por parte dos participantes que os registos de enfermagem são relevantes a nível da Gestão e Qualidade em Saúde, sendo possível verificar que vários enfermeiros referem que os registos são de grande importância porque **tornam visível a prática clínica dos enfermeiros e os ganhos em saúde** obtidos através do seu exercício profissional. Como é referido por EnfC:

*“ [Os registos] são fundamentais porque eles reproduzem a prática que nós fazemos. Só pode haver bons registos se houver boa prática e é aquilo que numa análise retrospectiva permite ver aquilo que fizemos, comparar, reformular (...).”*

Os registos são, assim, perçecionados como fundamentais, pois refletem a prática clínica, aquilo que foi realizado pelo enfermeiro, e que a partir destes é possível analisar os cuidados prestados, promovendo uma constante reflexão e conseqüente melhoria da qualidade, como afirmam os seguintes enfermeiros:

*“São relevantes para tudo. Desde o analisar o que foi feito, analisar aquilo que deveria ter sido feito e pode ser melhorado.”* EnfP

*“A primeira é no sentido de melhorar a prática clínica, de os fazer refletir sobre tudo aquilo que fizeram e os ganhos que o doente teve com as intervenções que os enfermeiros fizeram.”* EnfQ

Desta forma, os participantes compreendem que a análise dos registos efetuados possibilita verificar a evolução do utente, permitindo avaliar alterações do seu estado clínico, detetando situações de agravamento, mas também permitindo avaliar os ganhos em saúde obtidos através das intervenções de enfermagem, sendo referido que:

*“Os registos de enfermagem? Acho que são uma parte muito importante do nosso trabalho, porque é através do registo de enfermagem que podemos avaliar a evolução das crianças, no meu caso, internadas na pediatria.”* EnfJ

*“Os enfermeiros são os únicos que estão à cabeceira do doente 24h por dia e se não somos nós que fazemos os registos mais completos, mais pormenorizados (...) muitas vezes não se consegue detetar situações importantes (...).”* EnfG

Neste sentido, existe a perceção que os registos de enfermagem **promovem a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem**, uma vez que constituem uma fonte de informação essencial. Contudo, prevalece a noção da sua insuficiente utilização nesta vertente funcional, como é possível verificar nos seguintes relatos:

*“Deveriam também ser importantes para alguma estatística ao nível de ganhos em saúde (...).”* EnfA

*“De resto, tenho a noção perfeita de que deveríamos tirar muito mais proveito dos registos que os enfermeiros fazem, nomeadamente para a (...) avaliação dos indicadores do próprio serviço.”* EnfP

Há a referência, principalmente por parte dos participantes que desenvolvem função de chefia/liderança, que a informação resultante dos registos de enfermagem é útil como **suporte à avaliação individual do desempenho dos enfermeiros**, apesar de referirem que o seu uso com este objetivo ainda estará pouco desenvolvido, como se pode constatar em:

*“De resto, tenho a noção perfeita de que deveríamos tirar muito mais proveito dos registos que os enfermeiros fazem, nomeadamente para a avaliação da performance individual de cada enfermeiro (...).”* EnfP

*“Depois temos a questão da avaliação, que os registos também servem para isso, não sendo o objetivo principal, neste momento, até com a questão do SIADAP, nós temos que ir buscar os registos para a concretização da avaliação.”* EnfQ

Os registos são também considerados importantes no **suporte à gestão dos recursos humanos**, permitindo contabilizar o tempo necessário de cuidados de enfermagem para cada utente, de forma a permitir uma melhor gestão dos recursos existentes, tal como é referido por EnfD:

*“Considero que são muito importantes, porque é uma forma de eles contabilizarem que cuidados de enfermagem, em termos de tempo e de qualidade, são necessários para o doente. (...) Através dos registos*

*é que eles conseguem saber o que uma pessoa faz em cada turno e contabilizar, mesmo para o rácio enfermeiro/utente o tempo que se gasta (...).”*

#### *4.2.1.2 Prestação de Cuidados (Prática Clínica)*

Os registos de enfermagem são fundamentais na prestação de cuidados ao utente, uma vez que suportam a tomada decisão, ajudando no planeamento dos cuidados, promovendo a continuidade dos mesmos e a correta transmissão de informação.

Os participantes referem que a informação gerada pelos registos de enfermagem é essencial no **suporte à tomada decisão**. Os registos permitem obter informação relevante sobre o utente, constituindo um pilar importante no processo de tomada decisão, tal como afirma EnfG:

*“Utilizo (...) para a avaliação do doente, para perceber a história do doente. Na minha área é muito importante, (...), os antecedentes todos das nossas utentes e os antecedentes familiares e é através do SClinico que nós podemos ir buscar toda a informação e informação correta. Dai a necessidade dos registos serem os mais completos possível (...) para depois conseguir ter todos os dados que pretendo e que são essenciais para a minha planificação de cuidados.”*

A consulta da informação gerada pelos registos permite aos enfermeiros compreender a evolução clínica do utente, quais as intervenções que já foram realizadas, os ganhos obtidos com as mesmas e o que se encontra planeado numa perspetiva da continuidade de cuidados. Esta informação é uma ferramenta importante, e conjugada com a avaliação da situação atual do utente, permite reavaliar a pertinência do plano de cuidados instituído, dando lugar à decisão de continuidade do mesmo ou de reformulação, se este não se adequar à realidade do utente, tal como expressam os seguintes participantes:

*“Procuro sempre ver os registos antes de fazer o plano, antes de ver o doente. Procuro sempre ver o registos de enfermagem para ter uma noção da evolução doente e do estado dele [utente], motivo do internamento, porque é que o doente esta cá, evolução e mediante isso, o que é que eu posso ou não fazer.”* EnfF

*“Consultando o que foi feito para tentar dar seguimento aquilo que está planeado, dando continuidade ou alterando e reformulando, se entender que o plano não esta adequado à realidade que encontro. Mas isso não quer dizer que quem esteve antes fez mal, mas sim que a situação do doente é dinâmica e pode haver rutura completa com o que está para trás.”* EnfC

Assim, existe a perceção por parte dos participantes que os registos **ajudam no planeamento dos cuidados de enfermagem**, sistematizando o processo de enfermagem, como é referido por EnfA

*“Os registos são muito importantes, na medida em que nos permite esquematizar o nosso plano de cuidados (...).”*

e por EnfI “É o que permite planejar os diagnósticos, atividades de forma a maximizar os cuidados ao doente”.

Durante as entrevistas, foi possível verificar a consciencialização de que os registos **promovem a continuidade dos cuidados de enfermagem** entre turnos, entre equipas ou serviços e inclusive entre instituições de saúde, tal como é verbalizado por EnfP e por EnfN, que acrescentam a importância dos registos de enfermagem na continuidade de cuidados após a alta hospitalar:

*“Os registos de enfermagem têm acima de tudo e como principal objetivo a continuidade dos cuidados, não é?! (...) Assegurar que toda a informação do doente tem continuidade de turno para turno e inter-equipas.”* EnfP

*“Ora, também é através dos registos que nós podemos deixar informações absolutamente validas para que os colegas possam continuar os cuidados que esse doente tem necessidade. Mesmo após a alta é absolutamente fundamental, no caso do doente precisar apoio da comunidade e dos serviços de saúde primários, é fundamental que haja registos, obviamente, daquilo que foi feito e que ele irá continuar a precisar. Acho absolutamente fundamental.”* EnfN

Há a compreensão de que os registos de enfermagem **facilitam a transmissão de informação**, permitindo que para além da transmissão oral efetuada no decorrer da “passagem de turno”, a informação fique corretamente registada, de forma completa e acessível, passível de ser posteriormente consultada, constituindo uma “fonte” de consumo de conhecimento, como afirma EnfA:

*“Os registos são muito importantes, na medida em que nos permite (...) também a transmissão de informação, que oralmente nem sempre se consegue transmitir, fica sempre tudo registado por escrito.”*

#### 4.2.1.3 Valor Ético-Legal

Os registos de enfermagem são, também, compreendidos como importantes devido à sua funcionalidade como prova documental/ legal dos cuidados de enfermagem prestados ao utente.

*“Depois temos as questões legais, que também são importantíssimas. Nós estamos aqui com um doente e é importantíssimo fazer o registo daquilo que observamos, daquilo que medimos, daquilo que avaliamos. Porque senão a nossa atuação passa a ser negligente. Se não está registado aquilo que eu vi e aquilo que eu fiz, então eu não fiz, eu não vi, eu não observei, eu não estive com o doente. O que não é verdade, nós sabemos que os enfermeiros estão atentos a tudo o que os doentes fazem.”* EnfG

Existe a perceção de que não basta realizar determinada intervenção, é necessário também a sua correta documentação, servindo o registo como prova documental e legal da ação do enfermeiro junto do utente. Há a noção de que “se não foi registado, não foi realizado”, estando os

participantes despertados para a importância legal atribuída aos registos de enfermagem, sendo estes compreendidos como uma “salvaguarda”, tal como refere EnfC:

*“São relevantes para tudo. (...) Até última instância em processos crimes para nos salvaguardar e defender aquilo que fizemos.”*

#### 4.2.2 CATEGORIA II - PROCESSO DE MUDANÇA SAPE-SClÍNICO

Após a análise do corpus documental, foi possível verificar que a perceção dos participantes sobre o processo de mudança entre o SAPE e o SClínico, no seu ambiente clínico, foi condicionada por diversos fatores.

Desta forma, a categoria “Processo de Mudança SAPE-SClínico” subdivide-se em quatro subcategorias, nomeadamente: “Gestão do Processo de Mudança”, “Aspetos relacionados com o SIE (SClínico)”, “Aspetos pessoais relacionados com os enfermeiros” e “CIPE enquanto estrutura de linguagem comum de suporte ao SIE (SClínico)” (Quadro 4).

Quadro 4. Categoria II- Processo de Mudança SAPE- SClínico

Subcategoria	Indicadores	Freq.
Gestão do processo de mudança	Défi ce de liderança institucional	3
	Ausência de suporte por parte de um grupo de acompanhamento	2
	Período do ano inadequado para desencadear o processo de mudança	1
	Nível de adequação da formação	14
	Período de treino inadequado	1
	Nível de adequação do período de adaptação	3
	Apoio sentido por parte de “peritos”	2
	Recursos humanos insuficientes (enfermeiros)	5
	Estratégias de gestão não compreendidas pelos enfermeiros (registos sem utilidade clínica)	2
Aspetos relacionados com o SIE (SClínico)	SIE (SClínico) requer uma nova forma de raciocínio clínico	4
	SIE (SClínico) com uma estrutura de navegação complexa e pouco “amigável”	1
	Parametrização muito rígida dos conteúdos do SClínico, não respondendo às necessidades do serviço	2
	SIE com atualizações frequentes	1
	Promove Reflexão constante sobre as práticas	1
	Discussão em equipa sobre a definição do resumo mínimo de dados de enfermagem específico do serviço	2

Aspetos pessoais relacionados com os enfermeiros	Aspetos motivacionais	2
	Iliteracia informática	1
CIPE enquanto estrutura de linguagem comum de suporte ao SIE (S-Clínico)	Valorização da CIPE	5
	Complexidade e dissonância dos conceitos da CIPE	1
	Formação insuficiente sobre a taxonomia da CIPE e conceção de cuidados	11
	Dificuldades geradas pela evolução nas diferentes versões da CIPE	1
	Conceções de cuidados distinta entre os enfermeiros de diferentes unidades de saúde	1
	Necessidade de melhoria na aplicabilidade da CIPE	1
	Linguagem não compreendida pela equipa multidisciplinar	2

#### 4.2.2.1 Gestão do Processo de Mudança

No decorrer das entrevistas, um elevado número de participantes apresenta o processo de mudança entre SAPE e SClínico como um processo difícil e confuso, sendo apontados vários fatores condicionantes relacionados com a gestão do processo de mudança.

Há perceção que o processo de mudança decorreu com dificuldades, existindo um **défi ce de liderança institucional**, o que desencadeou uma maior desorganização e logo uma transição mais complexa, tal como é exposto por EnfP:

*“Dentro do meu hospital?!... Bem eu acho que a transição foi muito, mas muito mal conduzida. (...) Mas acho que foi um processo que foi mal conduzido, não foi planeado(...).”*

A falta de um “fio-de-prumo”, estabelecido por um grupo com capacidade para liderar o processo de mudança, levou a que a organização deste processo, deixasse de se centralizar a nível institucional, passando para a gestão dos próprios serviços, que tiveram que se organizar, o melhor possível, de forma a responder a esta mudança, criando estratégias próprias para alcançar os objetivos.

*“Portanto, acho que devia ter sido um processo melhor conduzido (...) Teve que cada um, e nós como grupo, tentamos nos organizar de forma a dar resposta aos objetivos, que são os objetivos dos registos de enfermagem, mas tivemos que nos organizar. Acho que nesta matéria a instituição e o próprio grupo que lidera isto a nível nacional devia ter tido um papel diferente daquele que teve.”* EnfP

A **ausência de suporte por parte de um grupo de acompanhamento** a nível institucional, focado apenas ao nível da informação em enfermagem, que refletisse de forma aprofundada sobre esta temática e acompanhasse de forma ativa a implementação do SClínico nos diversos serviços, auxiliando na sistematização e uniformização dos registos a nível institucional, foi um dos fatores referidos.

*“Eu acho que implicava a criação de um grupo de trabalho na instituição que tivesse apenas vocacionado para a área dos registos e que acompanhasse os serviços na sua implementação, até porque as chefias também têm as suas dificuldades. Alguém que refletisse sobre o sistema, que olhasse para cada serviço e em conjunto com os colegas que lá trabalham o que é que é mais importante para aquele serviço e não. Apesar da formação que se fez, tentar sistematizar mais ou menos para todos da mesma maneira, não é isso que está a acontecer.”* EnfQ

O período do ano inadequado para desencadear o processo de mudança, foi também mencionado como dificultador da mudança, uma vez que coincidiu com o período de férias de verão, constituindo um período do ano em que as equipas sofrem uma maior quebra a nível de recursos humanos, existindo uma grande rotatividade de elementos da equipa que se ausentam por maior período de tempo.

*“(...) foi numa época de férias, recordo-me perfeitamente. Foi numa época de verão e que estava muita gente fora e as pessoas quando vieram, viram um programa informático completamente diferente.”* EnfP

No entanto, o fator mais frequentemente apontado como tendo influenciado o processo de mudança foi o **nível de adequação da formação**. Um elevado número de participantes refere a formação inadequada como um dos principais dificultadores da mudança, sendo uma vertente comum tanto ao serviço de Obstetrícia, Pediatria, Medicina Interna e Cirurgia. Tal como foi referido por EnfP:

*“Eu acho que a formação foi muito, muito escassa e esse momento de formação foi, está muito longe de ser, aquilo que deveria ser.”*

Segundo o que foi, largamente, mencionado pelos participantes a formação foi precária, uma vez que existiu apenas uma sessão de formação de carácter teórico, baseada num modelo expositivo, sem possibilidade de treino em sala de aula.

*“Lá está, nós passamos de um sistema para o outro em 24h, de um turno para o outro houve a passagem baseada numa formação de 3 horas, em que foi “bombardear” informação, em que a gente chegou ao final de meia hora e não conseguiu continuar a reter, porque era muita coisa nova e ninguém tem capacidade de estar 3 horas a ser bombardeada com informação e a ver alguém a mexer num computador. (...) Para mim, não dá. Tenho que mexer para aprender, para ser intuitivo para mim. Ver alguém a mexer no PowerPoint, a apresentar slides... eu não aprendo assim! Posso aprender se é só um passo, mas quando são muitos, sem ter tempo para treinar, não dá, não entra.”* Enfl

Os relatos de desadequação do nível de formação, não se prendem apenas com a formação inicial, prévia à implementação do SClínico. Existe, também, vários relatos que demonstram a falta de formação relativa às sucessivas atualizações de que o SClínico foi alvo, após a sua implementação, como é exposto por EnfE:

*“(...) porque é tudo uma coisa nova e muitas vezes também não nos é fornecida formação suficiente sobre as atualizações. E pronto, vamos preencher aquilo quase intuitivamente. Não tivemos nada, ninguém nos*

*disse, ninguém nos deu formação teórica ou formação mesmo prática sobre aquilo. (...) de um dia para o outro, houve uma nova atualização e vamos lá perceber as diferenças quase...”*

No entanto, apesar de ser elevado o número de participantes que no decorrer das entrevistas afirmaram que a formação foi insuficiente, existe a partilha de uma realidade diferente por parte, principalmente, dos enfermeiros da UCIP que consideraram a formação como adequada, como pode ser constatado em:

*“Houve formação em sala de reunião com a equipa toda, com uma exposição através de diapositivo e nessa altura houve dúvidas e que foram esclarecidas mediante a informação que se disponha na altura, mas penso que a interiorização da informação foi mais na prática do dia-a-dia e fomos sempre esclarecidos quando tivemos dúvidas.”* EnfB

*“A formação? Foi repetida à exaustão, desde quase formação explicador particular, com várias ferramentas para simplificar, tentando fragmentar as coisas para as pessoas as perceberem.”* EnfC

No que se refere ao **período de treino** disponibilizado, foi considerado como **inadequado**, uma vez que não existiu o acesso ao SClínico versão teste, não havendo um contacto de carácter “prático” prévio ao momento de implementação, que permitisse uma maior adaptação ao novo SIE. Como afirma EnfA:

*“Não tivemos acesso ao SClínico versão teste para podermos treinar e acho que isso também dificultou um pouco (...).”*

Relativamente ao **nível de adequação do período de adaptação**, existe a referência a duas realidades distintas. Por um lado, existe a perceção partilhada pelos participantes dos serviços de Obstetrícia, Pediatria, Medicina Interna e Cirurgia, que o período de adaptação ao novo SIE foi inadequado, tendo a mudança ocorrido num breve espaço de tempo, não permitindo uma correta sedimentação dos conhecimentos adquiridos, tal como mencionam os seguintes enfermeiros:

*“Não tivemos (...) tempo mínimo para nos adaptarmos. Foi basicamente de um dia para o outro que começamos a utilizá-lo.”* EnfA

*“Foi uma mudança um bocadinho... Não sei se brusca é a palavra mais correta?! Ou seja, foi uma mudança muito rápida e deram-nos muito pouco tempo de adaptação ao novo sistema e ainda foram algumas alterações significativas. Eles deram-nos poucos dias e a partir de “X” data, e a partir daí, tivemos que trabalhar com o novo sistema. O tempo de adaptação e de integração de um sistema para o outro não foi o mais adequado.”* EnfD

Por outro lado, existe o relato, por parte de um dos participantes da UCIP, referindo que o processo terá decorrido de forma faseada, com a possibilidade de uso em simultâneos de ambos os SIE, com transposição de dados de um para o outro, como se pode verificar em:

*“A alteração do SAPE para o SClínico, neste serviço foi faseada, houve um período em que fomos trabalhando com os dois em simultâneo e tentando transportar os dados de um para o outro (...) Mas houve uma fase de transição.”* EnfB

É de salientar a referência ao **apoio sentido por parte de “peritos”**, ou seja, dentro das equipas existem elementos que receberam formação mais aprofundada, tendo assumido o cargo de dinamizador ou “elo de ligação” para a implementação do SClínico, com o objetivo de esclarecer as dúvidas e auxiliar na adaptação ao novo SIE, tal como é referido por EnfD:

*“(...) depois as responsáveis do serviço, 2 ou 3 colegas que eram os elos de ligação, tiveram uma formação mais aprofundada e depois iam-nos dando formação nos turnos. Nós quando tínhamos dúvidas perguntávamos a essas colegas.”*

Outro aspeto que veio constituir um obstáculo no processo de mudança foram as **estratégias de gestão não compreendidas pelos enfermeiros**, especificamente, a obrigatoriedade de registo de enfermagem sem aparente utilidade clínica. Ou seja, fenómenos de enfermagem que apesar de não se encontrarem alterados ou em risco de constituir um problema em determinado utente, são considerados de registo obrigatório, sendo este registo encarado como supérfluo pelos enfermeiros, como se pode constatar nas seguintes afirmações:

*“A certa altura o que nos quisera dizer foi que há isto e isto, estes fenómenos que temos que colocar obrigatoriamente e que seria para simplificar. Eu não concordo com isso, nesse aspeto não concordo! Temos que levantar o risco de queda sem que o doente tenha risco de queda? Risco de úlcera de pressão e o doente não tem esse risco? O que eu aprendi na escola é que vamos levantar fenómenos que sejam necessários. Então o simplificar entra por aí?! Devíamos só por mesmo aquilo que é necessário. Pomos isto porque é para corresponder a X normas que nós temos, que a instituição tem e que a Acreditação defende, mas que depois somos obrigados a por para toda a gente, quando era completamente desnecessário...”* EnfE

*“Nós colocávamos o risco de queda, mas nunca colocávamos o risco de Úlcera de Pressão na Pediatria, à partida não acontece, é muito raro. Claro que agora fomos obrigados e ter que seguir aqueles passos, a preencher aqueles itens todos, às vezes torna-se complicado.”* EnfJ

Ainda, a nível da gestão do processo de mudança, os participantes apontam os **recursos humanos insuficientes**, com um desadequado rácio enfermeiro/utente, como uma barreira importante à mudança, uma vez que a adaptação ao novo SIE necessita de tempo para explorar e para sedimentar os novos conhecimentos, tempo este, muitas vezes, escasso para a prestação de cuidados direta ao utente, tal como evidenciam os seguintes enfermeiros:

*“Tem a ver com questões de escassez de recursos que não dá. Não é compatível ter muitos doentes, poucos recursos humanos para trabalhar e um novo aplicativo, um novo SClínico, digamos assim, para explorar ao máximo.”* EnfN

*“Na minha realidade e no serviço no qual estou enquadrado às vezes não é muito fácil, porque o número de enfermeiros que estão a trabalhar nem sempre é o suficiente para que a gente possa dedicar-se um bocadinho mais à parte dos registos e ao sistema informático em detrimento dos cuidados aos doentes.”*  
EnfO

#### *4.2.2.2 Aspectos Relacionados com o SIE (SClínico)*

Relativamente ao SClínico, foram vários os vetores apontados que constituíram obstáculo no processo de mudança. O facto de o novo SIE requerer uma nova forma de raciocínio clínico, uma parametrização dos conteúdos muito rígida, não respondendo às especificidades dos serviços, apresentando uma estrutura de navegação complexa e pouco “amigável” e tendo sofrido alterações/reformulações frequentes logo após a sua implementação, são apontadas pelos participantes como tendo dificultado o processo de mudança.

Existe a percepção que o **SClínico requer uma nova forma de raciocínio clínico**, constituindo uma rutura com o processo de conceção utilizado pelo SAPE. Neste, o processo de enfermagem iniciava-se com a seleção do fenómeno de enfermagem, ao qual era atribuído pelo enfermeiro um julgamento diagnóstico (*status*) em conformidade com a sua avaliação da situação clínica do utente, não existindo evidência sobre o instrumento de avaliação utilizado. Não existia uma arquitetura de suporte à tomada decisão, operacionalizada através da implementação de critérios de diagnóstico, com a utilização de escalas de avaliação validadas.

Neste sentido, o SClínico gera uma evolução no processo de conceção, imprimindo uma nova forma de raciocínio e construção do processo de enfermagem, uma vez que o SIE acompanha todo o processo de tomada decisão, tendo início na atividade diagnóstica, disponibilizando instrumentos de avaliação baseados em evidência científica, sendo o diagnóstico e as intervenções de enfermagem sugeridas mediante o resultado da avaliação diagnóstica.

Esta mudança de raciocínio constituiu um problema para vários enfermeiros, tal como afirma EnfB:

*“A capacidade que nós, que a equipa teve para acompanhar o novo raciocínio, porque é um novo raciocínio, nós fomos de certa forma habituados a raciocinar em determinado sentido e de um ano para cá obrigaram-nos a raciocinar em sentido contrário, o que não é fácil. Talvez para as pessoas com menos tempo, porque ainda não estavam muito adaptadas ao outro, há mais facilidade de adaptação a uma situação nova, para mim e claro para outras colegas do mesmo tempo, reconheço que foi um bocadinho difícil de começar a raciocinar em sentido contrário.”*

Ao contrário do que é referido por EnfB, esta dificuldade em adaptar-se ao novo raciocínio também se expressou nos participantes com menor experiência profissional e menor tempo de utilização do SAPE, como é possível verificar pelo relato de Enfl:

*“Neste momento, já esta mecanizado o SClínico, se calhar se tivesse que voltar ao SAPE já me ia custar, mas a forma de pensamento é diferente do que a que tínhamos no SAPE e no início era muito confuso. Dar uma entrada de um doente era muito confuso, porque o nosso pensamento estava formatado de outro modo. Tivemos que mudar a forma de pensamento e mal tivemos tempo para isso.”*

Esta nova forma de raciocínio foi encarada como mais complexa, exigindo um maior processo cognitivo.

*“(...) e o problema é que as pessoas tiveram sempre um pezinho atrás a esta versão porque ela é mais complicada, a outra já a sabiam decorado, esta têm que pensar, as coisas não estão lá decore.”* EnfC

Outro aspeto, compreendido como uma barreira ao processo de mudança, é a **parametrização muito rígida dos conteúdos do SClínico, não respondendo às necessidades do serviço**, uma vez que ao ser uma parametrização nacional, não está adaptada às necessidades específicas de determinados serviços, existindo apenas a possibilidade de propor sugestões a SPMS, tal como expressa EnfC:

*“A forma como ele nos é apresentado é estanque. O hospital não pode intervir em diagnósticos. O hospital não pode intervir em intervenções. Aquilo é assim e não há volta a dar. Pode apenas propor... analisar e propor sugestões.”*

Esta visão é corroborada por EnfH, que reforça a pouca flexibilidade da parametrização:

*“Na formação acabamos por ter alguma discussão em relação a isso, mas estava tudo muito direcionado para ser daquela maneira e não houve uma grande abertura para nós conseguirmos definir alguma coisa, tendo em conta a especificidade de cada serviço.”*

Ou seja, muitas vezes os enfermeiros encontram dificuldade em documentar determinados cuidados de enfermagem mais específicos do contexto clínico em que se encontram inseridos.

Durante as entrevistas, existe também a referência a que **o SClínico apresenta uma estrutura de navegação complexa e pouco “amigável”**, apresentando-se muito lento e com muita informação associada às intervenções (vários feixes, relativos a normas institucionais e da Direção Geral de Saúde - DGS), tal como é possível verificar em:

*“(...) ou então, chegam ali [os enfermeiros], quase em cima do fim do turno, vão fazer registos e depararam-se (...) com um SClínico que está lentíssimo, com montes de informação, com monte de coisas para preencher e obviamente as pessoas não tem tempo não preenchem.”* EnfN

As **constantes alterações de que o SClínico foi alvo**, logo após a sua implementação, também foi considerado um aspeto desfavorável no processo de mudança. O facto de existirem alterações frequentes, sem aviso prévio e sem informação adequada para o seu acompanhamento, instaurou um sentimento de descontentamento e constante confusão, como é relatado por EnfC:

*“O que é hoje, amanhã já é um bocadinho diferente e por isso mesmo as pessoas também se queixam porque está em constante reformulação, porque está em construção. Não é uma experiência piloto, porque isto é para ficar, mas é experimental e, portanto, está em construção.”*

Contudo, apesar de um grande número de participantes evidenciar a dificuldade do processo de implementação do SClínico, existe a referência às características do novo SIE como potenciadoras da mudança, no sentido em que a sua implementação criou a necessidade de uma reflexão constante, tendo gerado um ambiente que **promove a reflexão sobre as práticas clínicas e sua documentação**, tal como refere EnfC:

*“Deu origem a muita reflexão interna e continua a dar, porque há coisas que... (...) Continuamos a reunir e a discutir...”*

Deste modo, potenciou a **discussão dentro das equipas sobre a definição do resumo mínimo de dados de enfermagem específico do serviço**, com o intuito de uniformizar os registos de enfermagem, como afirma EnfD:

*“Sim, houve (...) a nível dos diagnósticos e intervenções mais adequadas para cada serviço, quer as colegas do puerpério, quer as colegas da ginecologia, viram qual eram as intervenções mais adequadas e foi discutido em equipa qual eram as que se deveriam por em cada situação, para a patologia pela qual a doente era internada, fundamentais em termos de registo e isso houve acordo mutuo da equipa, para vermos quais as que iriam ser as mais adequadas e que se deveria por mesmo em termos de frequência da avaliação das intervenções de enfermagem.”*

#### *4.2.2.3 Aspetos Pessoais Relacionados com os Enfermeiros*

Para além dos fatores já referidos, relativos à gestão do processo de mudança e às características do SIE em si, foi, também, referido que a **mudança foi condicionada por questões motivacionais**, associada ao descontentamento relativo às condições laborais existentes naquele período temporal, como relata EnfC:

*“As pessoas aderiram mal porque o sistema veio numa altura muito má, uma altura caótica que o hospital estava a passar e neste contexto as pessoas viram como mais um problema e não mais uma ferramenta (...).”*

Este contexto laboral levou a que os enfermeiros não se encontrassem motivados para aquisição de novos conhecimentos e habilidades condicionando a adaptação à mudança, tal como afirma o EnfK:

*“mas também não há assim muito esforço para aprender [utilizar o SIE].”*

Existe, também, a referência à prevalência de certa **iliteracia informática**, associada aos elementos mais antigos, como refere EnfK:

*“Eu acredito que para as pessoas mais velhas que nunca lidaram com o computador, que seja extremamente difícil.”*

#### 4.2.2.4 CIPE enquanto estrutura de linguagem comum utilizada nos SIE

Após a análise do corpus documental, é possível verificar que existe por parte dos participantes a percepção da **valorização da CIPE** enquanto nomenclatura comum, isto é, os enfermeiros consideram de grande relevância a existência de uma classificação que uniformize a linguagem utilizada, tal como é referido pelo EnfE:

*“É uma linguagem classificada, eu percebo que se tenha que ter, não é? Para que um determinado fenómeno tenha a mesma explicação em todo o lado, tenha a mesma definição em todo o lado. Que uma intervenção se possa compreender da mesma maneira”,*

Sendo esta visão corroborada por EnfJ:

*“As definições são uma mais-valia para nós, porque estamos todos a transmitir a mesma informação. Utilizamos a mesma linguagem.”*

Contudo, existe a referência à **complexidade e dissonância dos conceitos da CIPE**, sendo considerados pouco claros e extensos, sendo diferentes da nomenclatura médica, podendo gerar confusão.

*“Uma definição que muitas vezes a gente traz da escola não é a que esta na CIPE e não é igual à parte médica, o que também causa confusão. Porque o que é uma definição CIPE, está lá, está descrita, só que muitas vezes não é igual, e então isso muitas vezes dá confusão com a parte médica e mesmo nós achamos que é uma coisa e por vezes não o é. Não acho que seja a linguagem mais clara possível. Tem mil e quinhentas coisas, porque acho que é extenso demais e acho que se tornou extenso e a nomenclatura não é a mais adequada.”* Enfl

Esta visão pode ser explicada, pelo facto de vários participantes referirem a existência de um **défi ce de formação sobre a estrutura, os conceitos e conceção de cuidados utilizando a CIPE**, tal como é referido, por exemplo, por Enfl, EnfO e EnfP:

*“A CIPE é um manancial de informação, em que muitas vezes as pessoas acham que é uma coisa e não é, porque eu acho que a maior parte das pessoas não tem a formação suficiente em CIPE. (...) A minha opinião pode estar associada ao facto de o meu curso de base não foi programado para a CIPE, a minha licenciatura não foi com base na linguagem CIPE. Nós utilizávamos NANDA, NIC e NOC e a linguagem NANDA é diferente da Linguagem CIPE. Então no início custa imenso (...).”* Enfl

*“Agora eu não sei até que ponto os enfermeiros entraram bem nesse esquema. Eu acho que ainda foi das coisas que nos passou um bocadinho ao lado como enfermeiros. Não sei se a formação que tivemos em termos académicos se terá sido a suficiente, se foi só uma pincelada e não se aprofundou bem os temas.”* EnfO

*"(...) [CIPE] Que não é muito bem utilizada por muita gente! Por muitos colegas, temos muitos colegas que complicam... (...) Acho que houve evolução, houve uma evolução favorável, mas a formação não acompanhou a evolução."* EnfP

Existe vários relatos de que a formação adquirida sobre a CIPE foi a título particular, muitas vezes autodidata, como é expresso por EnfJ:

*"Acho que fomos muito pela nossa pesquisa e pela nossa capacidade de percepção das alterações. Acho que a formação seria importante para conseguirmos acompanhar estas alterações. Para realmente percebermos a evolução a nível do próprio pensamento."*

Esta visão é reforçada pelas afirmações de EnfQ, que refere que não existe atualização dos conhecimentos de forma a permitir um maior acompanhamento da evolução da linguagem comum:

*"Não, não tem havido atualização [formação] e depois há um grupo de pessoas pensantes, algures em Portugal, que pensa isto muito no âmbito académico, não é? Mas, depois essa transmissão, essa mudança de paradigma do pensamento não é difundida, porque a estrutura neste momento é diferente. Esta mudança de paradigma de pensamento não tem sido transmitida de uma forma transversal e sistematizada. No fundo, os colegas tem sido um bocadinho autodidatas e daí depois esta disparidade de registos, porque cada um acaba por fazer uma leitura diferente (...)." EnfQ*

Ou seja, existe a percepção que a reflexão e discussão sobre a linguagem CIPE está muito centrada a nível académico, não havendo posteriormente uma difusão ao nível da prática clínica.

Existe, a assim, a referência de **dificuldades geradas pela evolução nas diferentes versões da CIPE.**

A formação/ atualização insuficiente sobre a evolução da CIPE, ao longo das suas diferentes versões, é referida como um obstáculo, dificultando a percepção dos conteúdos incluídos no SClinico e a conceção do raciocínio em si, tal como declara EnfA:

*"Se calhar por não ter formação suficiente, parece mais confusa a própria classificação, além da utilização mas principalmente alguns diagnósticos que mudaram, que não consigo compreender tão bem como no anterior."*

Existe o relato de que a CIPE não é capaz de uniformizar a linguagem de enfermagem, tendo em conta a existência de **conceções de cuidados distintas entre os enfermeiros de diferentes unidades de saúde**, como menciona EnfN:

*"O que eu verifico, efetivamente, é que a forma como eu registo no meu hospital é diferente da forma como o enfermeiro X regista no hospital dele. Isso é o que verifico. A CIPE ainda está longe de uniformizar a linguagem de enfermagem. Porque as pessoas começam a confundir tudo e começam a querer por tudo no sistema, querem começar a associar normas que outros hospitais não associam e a linguagem é diferente... a linguagem é diferente!"*

Desta forma, existe a compreensão de que seria relevante uma formação contínua efetuada a nível institucional que permita acompanhar adequadamente a evolução da linguagem CIPE, tal como afirma EnfJ:

*“Mas acho que existe pouca formação... ou melhor, atualização. Eu sei que da nossa parte também deve haver uma pesquisa, mas como no nosso trabalho temos tanto que fazer, deixamos isso um pouco de lado, mas acho que se fizessem atualizações periódicas sobre a CIPE, para nós seria importante.”*

Sendo constatado que existe uma **necessidade urgente de melhorar a aplicabilidade da CIPE**, tal como refere EnfO:

*“(...) o princípio em si, de em qualquer lado, a qualquer hora, para toda a gente que realiza a mesma intervenção, ser possível documentar de forma igual, sendo percebida por todos da mesma maneira. Haver uma linguagem comum... Eu acho que isso é um princípio correto. Mas em termos de aplicabilidade??? Se calhar ainda não está a ser... Se calhar ainda podemos melhorar...”*

Outra limitação, apresentada por alguns participantes, centra-se no facto de ser uma **linguagem não compreendida pela equipa multidisciplinar**, dificultando a intercomunicação, como é proferido por EnfP e Enfl:

*“Considerando e vendo que a linguagem CIPE é uma linguagem classificada própria dos enfermeiros e considerando que os registos de enfermagem não são só para os enfermeiros, a linguagem CIPE apesar de ter evoluído para melhor, a linguagem CIPE é uma linguagem que não é compreendida por toda a gente e eu acho que isso é uma dificuldade. Acho que é uma dificuldade. Acho que quando nós inserimos os registos de enfermagem numa equipa multidisciplinar, acho que não deviam ser só os enfermeiros a receber formação para entender a linguagem CIPE. Apesar de ela ter evoluído favoravelmente, no sentido da compreensão de outros grupos profissionais (...).”* EnfP

*“(...) e mesmo a parte médica queixa-se porque a nomenclatura que a gente usa não é a correta e que tendo em conta que trabalhamos todos para o mesmo, para o bem-estar do doente, a nomenclatura devia ser igual, para que a intercomunicação fosse mais fácil.”* Enfl

#### 4.2.3 CATEGORIA III - ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELO SCLÍNICO EM COMPARAÇÃO COM O SAPE

As alterações percecionadas pelos enfermeiros participantes centram-se a nível do conteúdo e estrutura do SIE. Desta forma, esta categoria subdivide-se nas subcategorias “Relacionadas com os conteúdos disponíveis no SIE (SCLínico) ” e “Relacionadas com a estrutura do SIE (SCLínico) ” (Quadro 5).

Quadro 5. Categoria III - Alterações Introduzidas pelo SClínico em Comparação com o SAPE

Subcategoria	Indicadores	Freq.
Relacionadas com os conteúdos disponíveis no SIE (SClínico)	Melhoria associada à atividade diagnóstica	8
	Diminuição dos conteúdos disponíveis relativamente ao processo de enfermagem	1
	Desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços	7
Relacionadas com a estrutura do SIE (SClínico)	Lentificação na “navegação” pelo SClínico	4
	Estrutura do SClínico pouco “amigável” pelo nº de “passos” para documentar	1
	Dificuldade na procura de intervenções de enfermagem com menor utilização no serviço	1

#### 4.2.3.1 Relacionadas com os conteúdos disponíveis no SIE (SClínico)

A **melhoria associada à atividade diagnóstica**, alcançada através da introdução das atividades diagnósticas e o diagnóstico sugerido pelo SIE, é percebida pelos participantes como uma das maiores e mais importantes alterações da implementação do SClínico:

*“Foi mesmo a mudança de paradigma de pensamento, da introdução das atividades diagnósticas e do diagnóstico sugerido.”* EnfQ

Existe a compreensão por parte dos enfermeiros, que a introdução das atividades diagnósticas e o diagnóstico sugerido vieram contribuir para uma melhoria do processo de enfermagem, uma vez que, as atividades diagnósticas que são apresentadas ao utilizador têm por base instrumentos de avaliação válidos. Desta forma, para além do suporte à avaliação, a introdução das atividades diagnósticas estabelece critérios específicos para o diagnóstico de enfermagem, diminuindo a subjetividade, a discrepância e reduzindo o erro. Isto é, as atividades diagnósticas permitem que, perante a mesma situação clínica em determinado utente, enfermeiros diferentes cheguem ao mesmo diagnóstico de enfermagem. Esta visão está bem saliente nas seguintes afirmações:

*“A mudança que puseram agora é radical. É partir das atividades diagnósticas que eu chego ao diagnóstico, que do meu ponto de vista esta correto, porque eu avalio e com os mesmos critérios, eu ou outra pessoa, chegaremos ao mesmo diagnóstico.”* EnfC

*“De uma forma, que eu até acho mais fácil, dá um bocadinho de trabalho no início, porque nós vamos pelo avaliar, pelas atividades diagnósticas e depois o próprio sistema informático vai ajudar a escolher o diagnóstico mais corretamente. Nesse aspeto, acho que ficou melhor.”* EnfE

*“Com a introdução dos diagnósticos sugeridos, considero que melhorou porque diminui a margem de erro, porque o sistema delimita-te, tu não podes chegar ali e por o que bem te apetecer, não é! Tem que haver um maior cuidado na análise e o sistema acaba por te dar os passos por onde tu deves seguir.”* EnfL

Os participantes percebem como uma mais-valia o facto de existir uma seleção prévia das atividades diagnósticas mais frequentes no contexto do serviço, que permitem chegar a diagnósticos bem definidos, já com as intervenções de enfermagem que lhe dão resposta devidamente associadas, como é possível verificar nos relatos:

*“Considero que é uma mais-valia. Os diagnósticos de enfermagem estão bem definidos, as intervenções já estão associadas ao diagnóstico que se foi buscar, não é!? Cada serviço já tem parametrizado quais e isso poupa-nos muito tempo, em vez de tu estares à procura em cada doente, tens ali, tens aquelas intervenções específicas, isso poupa-nos tempo.”* EnfD

*“Os diagnósticos serem sugeridos facilita-nos um bocado a vida, acaba por ser um bocado mais intuitivo, acho eu, não é?! Nós dantes tínhamos que procurar. Agora já temos atividades mais frequentes do serviço, isto facilita-nos de facto muito.”* EnfK

No entanto, se por um lado o enunciado prévio dos diagnósticos sugeridos, é considerado uma mais-valia, devido à sua maior definição e correta construção segundo a linguagem CIPE, por outro lado, é visto como uma restrição da parametrização de conteúdos, podendo diminuir a descrição do estado clínico do utente. Ou seja, existe a perceção que com a **diminuição da parametrização de conteúdos relativo ao processo de enfermagem**, com a uniformização do enunciado do diagnóstico e das intervenções de enfermagem, estes poder-se-ão tornar menos sensíveis à descrição da real situação daquele utente em específico e dos cuidados de enfermagem individualizados. Tal perceção é referida por EnfB da seguinte forma:

*“Tem menos diagnósticos do que o que estávamos habituados. Se é bom? Se eu abrindo um diagnóstico e as intervenções que estão inerentes a este diagnóstico conseguem refletir o que realmente tenho que registar, que eu tenho que evidenciar? Talvez. Embora eu ainda continuo com algumas saudades de alguns diagnósticos anteriores que penso que retratavam melhor o estado do doente, evidenciando o que são as intervenções de enfermagem e a prática de enfermagem.”*

Uma das alterações mais importantes e frequentemente mencionadas pelos participantes, especialmente ao nível de serviços específicos como UCIP, Obstetrícia e Pediatria, sendo percecionada como de cariz negativo, prende-se com a **desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços**. Ou seja, com o SAPE cada serviço tinha a possibilidade de parametrizar os conteúdos existentes no SIE de forma a dar resposta às suas necessidades específicas. Com a implementação do SClínico a parametrização passou a ser nacional, existindo apenas a possibilidade de selecionar as atividades diagnósticas mais frequentemente utilizadas no serviço. Existe a perceção que a parametrização de conteúdos apresenta, ainda, um carácter “geral” pouco sensível à especificidade de determinados serviços, como se evidencia nas seguintes afirmações:

*“O SClínico não é específico para cuidados intensivos, ele está a nível geral. (...) Ela (parametrização) não é específica de cuidados intensivos e para aqui causou-nos algum desconforto em algumas áreas que não dava resposta às nossas necessidades e tivemos que ir algumas vezes por caminhos travessos para chegar lá. (...) A forma como ela nos chega não é a ideal para cuidados intensivos, dá para fazer, mas não é o ideal.”* EnfC

*“Em algumas coisas acho um bocadinho incompleto, enquanto a especificidade de cada serviço. Na área da gravidez, noto isso principalmente, há muitas intervenções que nós fazemos e que não são especificadas e por isso não são contabilizadas. (...) Há áreas muito específicas da gravidez, nomeadamente a parte dos abortamentos, que têm muito poucas intervenções e nós fazemos muito às senhoras (...). É claro que nas anteriores (versões), como nós podíamos fazer algumas alterações e introduzirmos intervenções, nesta tu não podes, é o que está predefinido, a não ser que ponhas umas notas a associar alguma coisa, umas notas gerais, se não, não tens maneira de dizer que foram feitas certas intervenções a não ser em notas gerais.”* EnfD

*“Como a Pediatria tem umas características muito específicas, em algumas normas e intervenções específicas, e o SClínico não está adequada à pediatria. Nós temos acesso a algumas intervenções em que aparecem normas que não tem nada haver com a pediatria. E uma pessoa tem que estar sempre a clicar que não, “não quero isto!”, e aparece uma chamada de atenção “quer salvar o seu registo sem salvar a norma?” e temos que clicar que queremos, o que não é correto, mas por muito que uma pessoa diga e avise e notifique “isto não está adequado à pediatria!”, continua a estar igual.”* EnfJ

Ao longo das entrevistas, foi possível verificar que este constitui um dos problemas mais mencionados pelos participantes, principalmente pelos enfermeiros especialistas, devido ao facto de muitas vezes não conseguirem registar os cuidados que prestam, sentindo necessidade de descrever as intervenções realizadas em notas gerais, de forma narrativa e pouco objetiva, ou acrescentando observações às intervenções sugeridas pelo SIE.

#### 4.2.3.2 Relacionadas com a estrutura do SIE (SClínico)

Outra das alterações negativas apresentadas pelos participantes, prende-se com a **lentificação na “navegação” pelo SClínico**, tal como refere EnfE:

*“Ultimamente têm feito muitas atualizações, que tem tornado o sistema mais lento”.*

Esta situação afeta tanto a documentação da prática clínica, tornando mais demorado o registo dos cuidados prestados, aumentando o tempo necessário na documentação e reduzindo o tempo disponível para os cuidados diretos ao utente, assim como, afeta a consulta dos dados de vigilância e evolução do utente, podendo constituir um grande obstáculo quando é necessária uma tomada decisão rápida, com carácter urgente. As afirmações de EnfJ e de Enfl exemplificam esta situação:

*“O sistema em si já é lento. O sistema está muito lento. Nas horas de registos, em que existe maior número de pessoas a fazer registos aquilo é medonho. Naquelas horas mais críticas, em que todos os enfermeiros estão a fazer registos, nota-se perfeitamente, roda, roda e não abre as intervenções para uma pessoa fazer registos. É muito difícil fazer registos.”* EnfJ

*“Eu acho que o sistema é um bocadinho lento, e às vezes a consultar, primeiro que a gente consiga abrir alguma coisa, demora um bocadinho, mesmo que agora a nossa única forma de consulta é online. Não temos nada que nos permita consultar de outro modo. E às vezes o computador fica ali a moer, moer, a moer e às vezes a gente quer ver uma coisa tão simples como perceber como tem evoluído o estado de consciência ao longo dos turnos estamos ali 2, 3 ou 4 minutos à espera.” Enfl*

O facto de o **SClínico** apresentar uma estrutura pouco “amigável” pelo nº de “passos” a percorrer nos registos é apontado pelos participantes como uma alteração negativa, uma vez que o aumento de número de “passos”, sendo necessários mais do que um clique para validar o registo, é percecionado como exagerado, como é descrito por EnfE:

*“Por exemplo o registo da dor, pronto é preciso abrir 5 janelas e clicar 11 vezes, eu fiz noite no outro dia e como achava exagerado estive a contar e 1, 2 e no total eram 11 cliques que eram preciso.”*

O aumento do número de “passos”, combinado com o facto de o sistema se encontrar “lenticado”, constitui um problema amplamente referido pelos participantes, uma vez que acaba por aumentar o tempo necessário na documentação dos cuidados, e por consequência, uma diminuição do tempo disponível para a prestação de cuidados diretos ao utente.

Com a implementação do SClínico, existe a percepção de uma maior **dificuldade na introdução de intervenções com menor utilização no serviço**. Ou seja, quando existe uma situação nova, que exija uma resposta diferente, fora do contexto frequente do serviço, torna-se mais difícil introduzir determinada intervenção, uma vez que os enfermeiros não se encontram familiarizados com o “caminho correto a seguir”, isto é, qual a atividade diagnóstica que permite aceder ao diagnóstico de enfermagem que tem associado essa determinada intervenção, tal como é referido por EnfH:

*“Com este novo SClínico é mais fácil, mas por outro lado (...). Ou seja, as mais específicas são mais difíceis de colocar. Tirando as intervenções associadas à queda, à úlcera de pressão e os autocuidados, nós temos alguma dificuldade em conseguir encontrar uma intervenção em que possamos escrever coisas muito específicas. Por exemplo, no outro dia queria registar as características das secreções de um doente. Utente estava com uma tosse produtiva e queria descrever as características. Até era um doente que estava com febre e que até podia estar associada à expetoração e não conseguimos.”*

Este aspeto torna-se importante uma vez que condiciona o processo de enfermagem, pois como não conseguem encontrar o “caminho correto” (atividade diagnóstica- diagnóstico- intervenção) para documentar determinado cuidado prestado, acabam por, simplesmente, efetuar o registo em notas gerais, de forma narrativa, com todas as dificuldades associadas ao tratamento estatístico dos dados.

#### 4.2.4 CATEGORIA IV - IMPLICAÇÕES DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Esta categoria reflete a perceção dos enfermeiros sobre as implicações causadas pelas alterações introduzidas pelo SClínico nos cuidados de enfermagem, estando dividida em três subcategorias, nomeadamente: “Ao nível do Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem”, “Ao nível da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e “Ao nível da Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem” (Quadro 6).

Quadro 6. Categoria IV- Implicações da Evolução do SIE nos Cuidados de Enfermagem

Subcategoria	Indicadores	Freq.
Ao nível do Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem	Maior objetividade na atividade diagnóstica facilitadora da tomada de decisão/processo de enfermagem	5
	Mudanças percecionadas como não tendo impacto na melhoria na tomada de decisão	5
Ao nível da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Perceção da qualidade dos cuidados como um resultado complexo	2
	SIE como ferramenta potenciadora da qualidade de cuidados	5
	Mudanças não percecionadas como promotoras da qualidade	2
	Diminuiu o tempo disponível para estar à “cabeceira do doente”	4
Ao nível da Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem	Mantém uma descrição insuficiente da condição de saúde do doente	3
	Os registos informatizados não traduzem os ganhos em saúde e a intensidade dos cuidados de enfermagem	4
	Mantém-se a dificuldade na produção de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem	4
	Maior compreensão sobre o processo de enfermagem e a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	5
	Promove o desenvolvimento disciplinar por via da investigação sobre os cuidados de enfermagem	1

##### 4.2.4.1 A nível do Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem

Relativamente, às alterações provocadas pela implementação do SClínico no processo de tomada de decisão, as opiniões dos participantes dividem-se, existindo, por um lado, enfermeiros que consideram que a maior objetividade na atividade diagnóstica facilita a tomada de decisão/processo de enfermagem e existindo enfermeiros que percecionam as mudanças como não constituindo um fator de melhoria a nível da tomada de decisão.

Os enfermeiros que referem que a **maior objetividade na atividade diagnóstica facilita a tomada de decisão/processo de enfermagem** assentam a sua perceção no facto de o SClínico permitir um

maior “acompanhamento”, equiparado a um guia-condutor, a nível do processo de enfermagem, conduzindo o enfermeiro, passo por passo, durante todas as fases do processo de enfermagem:

*“Sim isso veio. A gente, mesmo não tendo a consciência, o sistema leva-te a fazer todos os passos do processo de enfermagem.”* EnfK

O SIE estabelece o início do processo com a atividade diagnóstica, disponibilizando ferramentas de avaliação validadas, baseadas em evidência, potenciando uma avaliação mais rigorosa e objetiva, permitindo que enfermeiros diferentes, cheguem exatamente ao mesmo diagnóstico, tal como salienta EnfM:

*“Se influencia ou não... Esse tema foi bastante debatido na altura. Eu acho que é um baixo risco de queda, mas a minha colega acha que é um médio risco de queda, mas se calhar eu tenho razão e ela também tem. Isto ajudou de facto a esclarecer. É uma Escala. E permite realmente falarmos da mesma forma, não é?! Portanto, veio uniformizar o processo de enfermagem. Antigamente alguns diagnósticos tinham muito subjetividade e este sistema veio ajudar a uniformizar, a objetivar. Retira-se o “eu acho”, o “eu penso”. Esses “achômetros” desligaram-se um bocadinho e a nossa decisão é baseada em escalas objetivas, rigorosas e cientificamente testadas. E além disso, o facto de podermos visualizar a avaliação anterior é uma grande mais-valia, porque podemos mais facilmente perceber a evolução do utente e perceber alguma alteração e podemos mudar e planear os cuidados necessários. Por isso, sim... Considero que as alterações do sistema permitiram melhorar a nossa tomada decisão”.*

Após executar a atividade diagnóstica, segundo o score resultante, o SIE sugere o diagnóstico de enfermagem que o enfermeiro deverá validar, apresentando, seguidamente, as intervenções parametrizadas como sendo as mais apropriadas para dar resposta ao diagnóstico.

*“São facilitadoras acima de tudo, porque eu identifico um problema no doente e depois o sistema sugere-me as intervenções para aquele diagnóstico que eu encontrei. Se formos a ver ele até retira pensamento, porque ele já me diz o que eu tenho que fazer. Alguém menos experiente, se identificar as atividades diagnósticas certas, que elas estão padronizadas para o serviço, ele vai chegar aos diagnósticos direitinhos sem pensar muito. Antigamente, teria que saber quais são os diagnósticos, agora nem precisa porque o sistema dá-lhe a resposta. Agora, claro que implica outro tipo de raciocínio, por exemplo nos ensinos, implica perceber aquela dinâmica, senão nunca mais lá chega.”* EnfC

Por outro lado, existe a perceção por parte de alguns enfermeiros que consideram que a capacidade para tomar decisões é muito mais complexa, existindo a conjugação de vários saberes e que não é a utilização de um SIE em concreto pode alterar a sua capacidade de decisão, como defende EnfL:

*“Eu acho que ... Para mim, pela minha experiência, continua igual. Eu acho que não houve assim... Não houve uma grande... Não foi o SClínico que veio, de certa forma, alterar a minha capacidade de tomar decisões.”*

Os participantes que percebem as **mudanças como não tendo impacto na melhoria na tomada de decisão** apontando fatores como a lentificação da navegação que dificulta a consulta da informação previamente registrada, como é verbalizado por EnfJ:

*“Então acaba por dificultar a nossa tomada decisão, porque ao ser tão lento acaba por nos dificultar o registo e até o acesso à informação.”*

Existe também a percepção de que a parametrização ao estar limitada, não dando resposta específica, acaba por restringir a tomada de decisão, pelo menos no que compete à documentação dos cuidados prestados. Deste modo, o vazio de conteúdo específico causado pela parametrização nacional, de carácter geral, não prevendo diagnósticos e intervenções sensíveis aos contextos clínicos, pode levar a que determinado cuidado de enfermagem, apesar de corretamente realizado, não seja devidamente documentado, logo podendo enviesar tomadas de decisão posteriores:

*“Não. Não. Não considero que interfira. Se calhar, por ainda não ter todas as associações entre diagnósticos e intervenções, acaba por limitar, restringir um pouco. Porque muitas vezes acabam por faltar as intervenções e limita. Mas não considero que tenha alterado a minha tomada decisão.”* EnfN

Existe também a referência, por parte da EnfQ, da percepção que não existe a reflexão necessária sobre o processo de enfermagem, isto é, muitos enfermeiros limitam-se a seguir o que foi planeado pelo colega anterior, sem que haja uma reflexão constante e atualização do plano de cuidados implementado:

*“Ainda não consegui perceber que isso fosse uma vantagem. Ainda tenho dificuldade em avaliar isso, porque as pessoas ainda continuam, quase de forma automática a fazer as coisas. E esta tomada de consciência do pensamento ainda não está interiorizada, as pessoas ainda continuam a seguir o que o colega faz... o colega fez o plano e o outro segue o plano. Não o atualiza e não pensa nele. Essa atualização, mais do que atualização, é o pensar no estado do doente, muitas vezes não se olha para aquele doente tão real para se fazer essa avaliação. É mais um clique, mais um clique.”* EnfQ

#### 4.2.4.2 Ao nível da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

No que concerne à qualidade dos cuidados de enfermagem, existe a **percepção da qualidade dos cuidados como um resultado complexo**, sendo vários os vetores envolvidos, tal como relata o EnfE:

*“Isso é uma coisa muito complexa.... A melhoria dos cuidados depende de muitas outras coisas que não só o sistema informático. (...) Mas a melhoria dos cuidados de enfermagem, neste momento, tem problemas diferentes e muito mais complicados de resolver.”*

Por um lado, o SClínico é percebido como uma **ferramenta potenciadora da qualidade de cuidados**, tendo resultado de um trabalho de reflexão sobre as práticas de enfermagem, foi concebido para auxiliar o enfermeiro na prestação de cuidados de excelência, tal como é evidenciado por EnfQ:

*“Sim, em alguns aspetos sim... Quem pensou, quem idealizou este sistema, pensou em enfermagem, não é?! E pensou nas potencialidades do doente e aquilo que o enfermeiro pode fazer para potenciar a capacidade do doente e é isso que nós estamos aqui a fazer”.*

Há a compreensão que o SClínico veio melhorar a qualidade dos cuidados prestados, principalmente a nível do ensino ao utente/família, tendo sistematizado e melhorado a avaliação do conhecimento, da potencialidade cognitiva e habilidade, reforçando a importância da intervenção do enfermeiro neste campo específico de ação, como se constata nas seguintes afirmações:

*“Sim, foram! Foram, porque também obrigaram, por exemplo, em relação mesmo há organização dos ensinamentos, obrigaram as pessoas a utilizar escalas, que não utilizavam até agora. Foi potenciadora dos cuidados de enfermagem, disso não tenho dúvidas nenhuma.”* EnFP

*“Acho que agora se aposta muito na parte dos ensinamentos. Acho que há uma preocupação em fazer chegar os conhecimentos que os enfermeiros têm à população (...) Eu acho que a esse nível evoluímos.”* EnfO

Por outro lado, durante as entrevistas foi possível encontrar relatos de a **mudança de SIE não percecionada como promotora da qualidade dos cuidados**, estando associada à compreensão de que a qualidade da prestação de cuidados, a excelência da prática, não está diretamente relacionada com a utilização de determinado SIE, tal como refere o Enfl:

*“... Melhoria da qualidade dos cuidados... Eu acho que a qualidade dos cuidados ao doente não é um sistema informático que o vai fazer. O que o sistema informático poderá fazer, é fazer com que a gente consiga consultar mais rapidamente todo o processo do doente para intervir de outro modo. Eu acho que a qualidade dos cuidados não é medida exatamente pelo sistema informático, porque eu acho que nenhum enfermeiro vai trabalhar melhor ou pior, na minha opinião, só porque esta a utilizar um sistema de registos ou outro. Poderá ser mais fácil a consulta. Mesmo em suporte papel, havia métodos que conseguia analisar rapidamente. Agora não me parece que isso vai melhorar a qualidade dos cuidados.”*

Existe a referência de que a utilização do SClínico **diminuiu o tempo disponível para estar à “cabeceira do doente”**, como é exposto por Enfl:

*“Especificamente no nosso serviço, acho é que é muitíssimo tempo dedicado ao computador. Tu para poderes fazer as coisas no computador passas imenso tempo e pouco tempo, muitas das vezes, com o doente.”*

Há a percepção de que a avaliação do desempenho individual, cada vez mais, se centra nos registos efetuados, necessitando os enfermeiros de aumentar o tempo dedicado à documentação de forma

a dar resposta aos objetivos instituídos, muitas vezes, em detrimento ao tempo necessário para o cuidar de excelência, como afirma EnfB:

*“Neste momento, e se calhar também por pressão das nossas superiores hierárquicas a nossa avaliação visa muito o registo. E o meu registo implica que eu esteja no computador, implica que eu tenha um raciocínio o mais abrangente possível e que consiga especificar os cuidados ao doente o mais objetivamente possível. Isto retira-me tempo junto ao doente. (...) porque eu dispunha de mais tempo para cuidar o doente, para tocar o doente, para falar com o doente, fosse de que forma fosse a comunicação. Neste momento, eu não tenho esse tempo.”*

#### 4.2.4.3 Ao nível da Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem

Os participantes consideram que, apesar da evolução do SAPE para o SClínico, ainda se **mantem uma descrição insuficiente da condição de saúde do utente**, como é descrito pelos seguintes enfermeiros:

*“Sinceramente não. Neste momento, se eu fosse uma leiga e conseguisse entrar nesta informação, eu estou convencida que não iria perceber o que o doente tinha, o que tem e o que se prevê e acho que não se consegue ser tão realista tão verdadeiro com a situação clínica do doente. Penso que há muitas intervenções protocoladas ou estereotipadas que não retratam a realidade, mas eu sou obrigada a cumprir aquilo, quer concorde, quer não concorde.”* EnfB

*“Eu se for a um processo de um doente, e eu estou a falar ao nível do Hospital, (...), muitas vezes tenho dúvidas sobre aquilo que o doente fez. Muitas dúvidas... Quando o doente vem de outro serviço fico com muitas dúvidas do que foi ou não realizado. Eu, por exemplo, se estivesse no exterior e me chega um doente com uma carta, como já me aconteceu, eu não sei o que é que o doente fez.”* EnfN

Existe a perceção por parte dos enfermeiros que os **registos informatizados não traduzem os ganhos em saúde e a intensidade dos cuidados de enfermagem**:

*“Se realmente conseguimos através do sistema informático, que tenham a noção daquilo que nós fazemos? Acho que ainda não, porque senão não havia este rácio tão, tão... Não é? Portanto eu acho que em termos quantitativos eles não o conseguem fazer. Porque há muitos cuidados que não vem mencionados no sistema informático e que tu fazes.”* EnfD

Constata-se a perceção de que os SIE estão menos direcionados para o utente, e mais direcionados em dar resposta à necessidade de indicadores de qualidade, como é relatado pelo EnfH:

*“Eu acho que cada vez mais os programas estão menos direcionados para o doente. Estão direcionados para os indicadores. Indicadores que acabam por não transparecer a qualidade que nós temos aqui, não é?! (...) o computador acaba por não demonstrar a dificuldade que temos e a qualidade de trabalho que prestamos. Não demonstra o nosso trabalho, tudo o que fazemos ao doente. (...)”*

Contudo, os participantes entendem que se **mantem a dificuldade em produzir indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem**, como é preferido por EnfQ:

*“Nós não conseguimos ver essa visibilidade, porque não conseguimos criar indicadores. (...) Esta dificuldade de aplicar depois implica que a visibilidade não se mostre. Esta visibilidade não existe”.*

Porém, existe a consciencialização que a evolução do SAPE para o SClínico trouxe como aspeto positivo uma **maior compreensão sobre o que é o processo de enfermagem e a produção de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem**. Em relação à compreensão sobre o processo de enfermagem, efetivamente o SClínico estabelece um fio condutor, que auxilia o enfermeiro nas várias etapas, dando visibilidade ao raciocínio clínico implícito ao longo de todo o processo de enfermagem, desde a avaliação inicial, à formulação do diagnóstico de enfermagem, ao planeamento das intervenções, à sua implementação (documentação), até à avaliação de resultados. Desta forma, constitui uma forte ferramenta na sistematização do processo de enfermagem, como relata Enfl:

*“Eu acho que na teoria trouxe vantagens. Eu acho que sim. Houve uma evolução, realmente isto acaba por ser o ideal. Acho que a gente consegue realmente transcrever o processo de enfermagem.”*

A implementação do SClínico veio consciencializar os enfermeiros sobre a importância, não apenas de documentar o planeamento e execução dos cuidados, mas também da avaliação dos resultados alcançados através dos cuidados prestados. Existe a perceção crescente que é apenas através da avaliação dos resultados, com a documentação da evolução e alteração do estado de saúde do utente, que se pode demonstrar a relevância e qualidade dos cuidados de enfermagem, existindo uma maior perceção sobre o que são indicadores da qualidade, tal como afirma EnfP:

*“É assim, houve! Houve uma noção de que as pessoas começaram a compreender o que é um indicador. De por exemplo, a evolução da potencialidade à aquisição do conhecimento e logo a mudança de um estado. Houve evolução nisso e realmente nós compreendemos que do planeamento do cuidado ao término do planeamento, existe uma mudança de estado e houve a compreensão, finalmente, do que é um indicador e o que é a mudança de estado num plano.”*

Existe, também, a noção que o SClínico **promove o desenvolvimento disciplinar por via da investigação sobre os cuidados de enfermagem**, permitindo uma análise estatística mais eficiente, não apenas à escala do serviço, mas da instituição, ou inclusive, a nível nacional, constituindo um importante repositório de informação sobre o exercício clínico de enfermagem:

*“Agora é claro que, em termos académicos, para quem está a discutir e a analisar os problemas, acredito que é muito mais fácil, a nível estatísticos, em termos de investigação, porque têm os dados todos, nesse aspeto acho que houve uma grande evolução.”* EnfO

#### 4.2.5 CATEGORIA V – PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE A EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Numa perspetiva de constante evolução e tendo por objetivo máximo a excelência do exercício profissional de enfermagem, foram várias as sugestões efetuadas pelos enfermeiros ao longo das entrevistas no sentido de melhorar o SIE. Estas sugestões dividem-se ao nível do conteúdo, estrutura e formação, constituindo três subcategorias (Quadro 7).

Quadro 7. Categoria V - Perspetiva dos Enfermeiros sobre a Evolução dos SIE

Subcategoria	Indicadores	Frequência
Sugestões a nível do conteúdo	Melhorar os conteúdos a nível da especialidade e especificidade de cada contexto clínico	5
	Melhorar o acesso às orientações internas e da DGS	2
	Eliminar a duplicação de registos e intervenções com significado semelhante	2
	Maior adequação das escalas de medidas dos critérios de diagnóstico	1
	Introduzir as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem	1
	Quadros de vigilância com maior operacionalidade	1
Sugestões a nível da estrutura	Tornar o SIE mais rápido na “navegação” pelos conteúdos parametrizados	7
	Tornar o SIE mais simplificado na “navegação” pelos conteúdos (“menos passos”) parametrizados	3
Melhorar o processo de acompanhamento de implementação/utilização do SIE	Investir na formação continua	1
	Realização de auditorias regulares ao processo de reformulação e implementação dos SIE	1

##### 4.2.5.1 Sugestões a nível do Conteúdo

No que respeita ao conteúdo, foram várias as sugestões referidas pelos participantes, sendo que a mais frequentemente apontada foi a necessidade de **melhorar os conteúdos a nível da especialidade e especificidade de cada contexto clínico**. Esta sugestão é percebido como uma necessidade imperativa, uma vez que existem cuidados de enfermagem que não estão a ser corretamente registados por não se encontrarem adequadamente parametrizados, tal como é relatado pelos seguintes enfermeiros:

*“Acho que há intervenções em falta. Bastantes intervenções em falta, que são específicas do serviço e que são, e que eram importantes estar lá para nós não termos que andar a escrever em observações.”* Enfl

*“Na área de obstetria não está. E mesmo quando vamos á formação de SClínico, os próprios colegas que estão a dar a formação dizem que a nossa área é uma área muito específica e que há coisas que ainda não conseguiram estar introduzidas. (...) Se vais ver em termos de obstetria tens muito pouco... Portanto a sensação que dá, em termos informáticos, é que nós fazemos muito pouco. O que não é a realidade, não*

*é? Principalmente acho que a parte prática até pode estar bem informatizada, a parte de ensinamentos e... Não me parece que esteja no ideal.” EnfD*

*“Eu gostava era de ver a parte de enfermagem de reabilitação descrita como disseram que iam por, e como já esteve, embora que penso que era só ao nível daqui da instituição, que fomos nós que parametrizamos na altura (...). Mas há muita coisa que não conseguimos trabalhar. Pode ser um handicap meu, mas eu já estive a trabalhar com o elo de ligação e realmente há falhas, existem intervenções que não conseguimos colocar e que se tem que colocar em notas corridas.” EnfF*

Foi, também, apontada a necessidade de **melhorar o acesso às orientações internas e da DGS**, no sentido de cada serviço conseguir “filtrar” as normas que são relevantes para o seu contexto clínico, como sugere EnfC:

*“As normas, a forma como as normas são inseridas é má, porque nós não conseguimos filtrar e pôr para cada serviço as suas normas. Se eu quiser por uma norma específica de cuidados intensivos, ela vai aparecer noutra serviço que não tem nada haver connosco. A informação está lá, mas eu não tenho como a chamar só para mim, puxá-la tipo uma só janela, tenho que a ler toda um a um. Eu planeio e depois tenho que voltar a clicar em todos os sítios quando aquilo que eu planeio me deveria automaticamente assumir se eu assim o quisesse. São essas falhas que o sistema tem e que poderiam ser melhoradas.”*

A introdução das normas da DGS na parametrização foi mencionada como um dos itens que constituiria uma melhoria a nível do SIE. A DGS elabora e emite normas, baseadas na mais recente produção científica e sujeitas a elevada apreciação crítica, contribuindo para o aumento da qualidade e uniformização das práticas clínicas. Há a percepção que se estas normas estiverem associadas às intervenções de enfermagem correspondentes vai permitir que um maior número de enfermeiros aceda a esta informação e a utilize para melhorar as suas práticas, potenciando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente.

*“Fizeram-se normas da DGS mas eles não as incluíram no SClínico, a DGS e a SPMS não trabalharam em conjunto e normas que a DGS tem aprovado sobre CVC, algália, entubação, para conseguirmos documentar a informação andamos um pouco à volta, quando aquilo devia estar fácil, simples e acessível. Essas coisas é que poderiam ser melhoradas.” EnfC*

Outro aspeto referido é a necessidade de **eliminar a duplicação de registos e intervenções com significado semelhante**, ou seja, no que concerne à duplicação de registos, existe a referência a duas situações diferentes: o registo de intervenções muito semelhantes, existindo de forma global alguma dificuldade por parte dos enfermeiros em distinguir as diferenças entre estas, e o facto de existir a utilização de diferentes aplicações informáticas em simultâneo, que levam à duplicação de registos.

A nível hospitalar são vários os sistemas informáticos em uso, tais como o GHAF (sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia), Clinidata (sistema de gestão global de laboratórios

de análises clínicas e de diagnóstico), entre outros de carácter específico (como ObsCare), sendo que existe a repetição frequente do registo de enfermagem em sistemas informáticos diferentes. Para além, de constituir um aumento de trabalho e tempo despendido com a documentação, existe também o aspeto motivacional, constituindo esta constante repetição de alguns dados um fator desmotivante, existindo até o relato da sensação de frustração. É apontada como uma alteração relevante a possibilidade de os dados migrarem automaticamente entre sistemas de forma a simplificar o registo, como é salientado por EnfO e EnfG:

*“Acho que às vezes... Não é só o SClínico, em associação com outros programas informáticos, nos quais nós também temos que registar dados e às vezes caímos um bocadinho no exagero que às vezes temos que registar a mesma coisa 2 e 3 vezes. É o caso, por exemplo, das glicemias capilares e muitas outras coisas. E muitas vezes, nós próprios, enfermeiros, colocamos intervenções que são muito parecidas e tu acabas por para a mesma coisa escrever 2 e 3 vezes a mesma coisa, não é?! E não sei se a esse nível será possível fazer uma melhoria, isso também já exige alguns conhecimentos em termos informáticos, mas acho que a esse nível, acho que se poderia melhor um bocadinho o sistema. Era importante um trabalho de refinamento. Se calhar encontrar esse sítios onde há duplicação de informação e tentar aprimorar um bocadinho e tentar que a coisa seja mais simples e rápida sem duplicação de informação.”* EnfO

*“Também é muito difícil, porque temos que registar em muitos sítios ao mesmo tempo e muitas vezes temos que registar a mesma informação repetida e repetidamente, porque, por exemplo, a folha de partograma é o que é oficial para registar um trabalho de parto e o parto, mas depois tenho que ir às notas gerais do SClínico dizer se aconteceu alguma coisa, mas que ficou registado em partograma. Depois no ObsCare tenho que registar tudo o que aconteceu durante o trabalho de parto para poder avaliar e medir. É através do ObsCare que sai a avaliação toda da nossa área. Então muitas vezes é frustrante para nós ter que repetir pelo menos 3 vezes a mesma informação e quando não falamos também no livro de parto, no boletim de vacinas e afins e acaba por se dar descredito ao SClínico na minha área. Isto é uma luta grande entre nós... Uns enfermeiros querem realmente valorizar, porque sabemos que é um registo que está institucionalizado... mas é difícil (...).”* EnfG

Outro aspeto pertinente de ser melhorado seria a **maior adequação das escalas de medidas dos critérios de diagnóstico**. Há o relato de que algumas atividades diagnósticas ainda apresentam algumas ambiguidades, fazendo notar a urgência de um trabalho mais fino, de aprofundamento em determinadas áreas.

*“Os critérios de diagnóstico que eles decidem. Para nós na ventilação, basta dizer que o doente esta ligado ao ventilador que já é ventilação comprometida, mas se eu chego lá e tiro a ventilação mecânica e deixo só peça em T, isso já não é ventilação comprometida. Eles não são muito precisos entre uma coisa e outra. Umhas vezes vão só pelas características da respiração, outras vezes vão pelos títulos que se lhe dá. Ventilação mecânica não invasiva também deveria dar origem a ventilação comprometida. Mas se por paradoxal que fosse, se nós dissemos que tudo o resto esta bem e eu coloco ventilação mecânica não invasiva e não me dá ventilação comprometida, mas se colocar ventilação mecânica invasiva já me dá ventilação comprometida. Por si só, não devia ser só o critério. Acho que são pouco precisos. Não previram os parâmetros ventilatórios que nós registámos e documentámos.”* EnfC

Verifica-se, também, a percepção de que algumas intervenções são um pouco vagas, existindo por parte dos enfermeiros alguma dificuldade em perceber o que é pretendido, sendo relevante a **introdução das atividades que concretizam a intervenção**, tal como afirma EnfA:

*“A nível de conteúdos, se calhar especificar as intervenções que não se consegue perceber muito bem, são muito vagas e não se consegue entender muito bem o que realmente pretendem. Por exemplo Gerir Ambiente... é um bocado vago. Teria que ser mais desenvolvido nas atividades que efetivamente a concretizam.”*

Outro dos aspetos referidos é a necessidade de **quadros de vigilância com maior operacionalidade**, uma vez que alguns quadros de registo não se encontram operacionais dificultando a sistematização e objetividade do registo de enfermagem. Foi dado como exemplo o quadro associado à intervenção “Avaliar Ferida” e “Avaliar Úlcera de Pressão”, que num único quadro permitia resumir todas as características da lesão cutânea, tal como é evidenciado por EnfB:

*“Há alguns parâmetros, não sei se é algum problema no sistema, (...), mas se por exemplo eu efetuar um penso a um doente, o que nós antigamente tínhamos como um quadro de registo, quer de dimensões, quer de características de exsudado e por ai fora, neste momento eu não consigo aceder a esse quadro, então eu vou ter que associar a uma nota a essa intervenção "executar tratamento", e ao associar uma nota eu vou associar uma nota descritiva e vou fazê-la subjetivamente. Não consigo ser tão objetivo quanto eu poderia ser se utiliza-se parâmetros definidos no quadro. Eu se calhar vou fazer uma abordagem de uma forma, mas a minha colega a seguir fará de uma forma diferente. (...) Existem intervenções que ainda não estão totalmente operacionais”.*

#### 4.2.5.2 Sugestões a nível da Estrutura

As sugestões para melhorar o SIE, a nível da estrutura, centram-se principalmente na erradicação dos principais problemas apontados a este nível, ou seja, a lentificação do SIE e a navegação pouco amigável com excesso de “passos”. Verifica-se a perspetiva de que estes problemas de estrutura, desacreditam o sistema enquanto ferramenta de apoio à prática de enfermagem, sendo geradores de desmotivação e constituindo um obstáculo importante à adesão à sua implementação, como afirma EnfQ:

*“Neste momento, nós temos muitos problemas de até funcionamento básico e isso acarreta e desacredita o sistema. As pessoas ficam cansadas de esperar que o sistema abra e depois estas questões, destas dificuldades todas do próprio programa, fazem com que as pessoas estejam cansadas. Por isso, primeiro acho importante resolver os problemas do sistemas enquanto ferramenta de trabalho, porque se nós não facilitarmos os registos as pessoas não vão aderir e é escusado eu dizer-lhes vamos sentarmo-nos e vamos refletir sobre isto e as pessoas me digam "a gente não tem tempo para registar", "a gente tem dificuldade para registar", "o sistema é muito lento, demora muito tempo”.*

É essencial **tornar o SIE mais rápido na “navegação” pelos conteúdos parametrizados**, permitindo uma resposta em tempo útil, facilitando o registo de enfermagem, tal como é reforçado por EnfE:

*“Mas o que é mais urgente, neste momento, é tornar o sistema mais rápido (...)”.*

A diminuição do número de “passos” ao estritamente necessário, permitindo uma documentação mais simples e fácil, eliminando tudo o que é supérfluo, **simplificando a “navegação” pelos conteúdos** é também apontado como de grande importância, como expressa EnfE:

*“Mas o que é mais urgente, (...) e que o registo seja mais fácil. Portanto, aquela situação de ter uma intervenção e depois responder a uma pergunta “se quero realizar aquela intervenção?” acho um disparate. Porque nós ao clicarmos para a realizar, pressupõem-se que é porque a queremos mesmo realizar. Eu acho que se tem que tornar o mais simples e evitar o que for acessório. Neste caso, acho um disparate ter lá a pergunta a dizer se confirmo”.*

#### *4.2.5.3 Melhorar o processo de acompanhamento de implementação/utilização do SIE*

Há a perceção que a melhoria da implementação/utilização do SClínico passa, também, pelo colmatar do défice de formação, devendo a instituição **investir na formação continua**. Como é salientado por EnfP:

*“A não ser que, eu continuo a achar que a formação é escassa. Acho que quase que as pessoas continuaram a não ter formação. Acho que é uma nova forma de ver os registos e acho que as pessoas não receberam a formação sobre isso. A esse nível, eu acho que deveríamos melhorar. Eu acho que a instituição deveria investir na formação.”*

É fundamental disponibilizar a formação necessária para que os enfermeiros compreendam o raciocínio implícito no SIE, não apenas mecanizando as “etapas” ou “passos”, mas compreendendo a sua conceção e os conteúdos disponibilizados, uniformizando e harmonizando a documentação dos cuidados efetuados.

Neste sentido, a **realização de auditorias regulares ao processo de reformulação e implementação do SIE**, com uma visão construtiva e com o intuito de criar um ambiente propício à reflexão sobre os registos e logo sobre os cuidados efetuados, é apontado como uma medida importante, permitindo perceber onde é possível melhorar e auxiliando no desenvolvimento de estratégias, tal como é apontado pela EnfP:

*“E fazer, como sugestão, deveriam fazer um acompanhamento, auditar os processos, mas depois refletir... uma auditoria com o espírito de ajudar as pessoas a construir um pensamento mais estruturado, para que realizem melhores registos, para melhorar o processo de enfermagem. Ou seja, após uma auditoria aos processos criar estratégias que permitissem colmatar os erros, de forma dar resposta ao objetivo dos registo, que é dar continuidade e espelhar a evolução do doente.”*

Verifica-se a perspetiva de que através de uma formação continua, com um acompanhamento efetivo no âmbito do desenvolvimento dos SIE, potenciando um ambiente propício ao envolvimento

e reflexão dos enfermeiros sobre os padrões de documentação associada à prática clínica, é possível melhorar a documentação dos cuidados prestados, sistematizando e normalizando os registos efetuados, sem prejuízo da sensibilidade e individualização perante as necessidades específicas de cada utente, melhorando os processos de transmissão de informação, minimizando a ocorrência de erros, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados.

## 5. DISCUSSÃO

A discussão dos dados obtidos é parte fundamental de um trabalho de investigação. Tal como refere Fortin (1999, p.350), *“efetuar uma crítica científica pressupõe não só um conhecimento profundo do domínio estudado, como também do processo de investigação”*.

Assim, neste capítulo será realizada a discussão e apreciação crítica dos dados obtidos, evidenciando os dados mais significativos e estabelecendo comparações com a evidência disponível, resultante de trabalhos científicos efetuados anteriormente. A discussão será apresentada tendo em conta as cinco categorias definidas: “Utilidade dos registos de enfermagem”, “Processo de mudança do SAPE- SClínico”, “Alterações introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE”, “Implicações da evolução do sistemas de informação em nos cuidados de enfermagem”, e “Perspetiva dos enfermeiros sobre a evolução dos sistemas de informação em enfermagem”.

### 5.1 Utilidade dos Registos de Enfermagem

Perante a análise dos dados anteriormente expostos, relativamente à importância atribuída aos registos de enfermagem, podemos constatar que os participantes concedem, de forma unânime, grande valorização à documentação dos cuidados, dando grande relevância à sua finalidade como suporte ao planeamento dos cuidados de enfermagem, transmissão da informação, promoção da continuidade dos cuidados prestados ao utente, constituindo prova documental/legal, suporte à gestão, contribuindo para a avaliação de desempenho e a produção de indicadores de qualidade, permitindo maior visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Na sua globalidade, os enfermeiros a prestar cuidados diretos ao utente, referem que utilizam a informação gerada pelos registos de enfermagem como suporte à tomada decisão, verificando-se uma maior tendência para a consulta dos dados registados para compreender a evolução da condição clínica do utente.

Todavia, os enfermeiros a desempenhar função de gestão, aludem que a informação gerada pelos registos de enfermagem é útil como suporte à avaliação individual de desempenho dos enfermeiros e à produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. No entanto, salientam que existe uma reduzida utilização da informação nesta vertente funcional.

De forma geral, estes dados vão de encontro à literatura existente, no que concerne à relevância dos registos de enfermagem (Silva, 2006; Sousa 2006; Ordem dos Enfermeiros, 2007; Pereira, 2009; Jesus & Sousa, 2011; Narciso et al., 2014; Tareco, 2015).

No entanto, quando questionados sobre a importância e utilidade dos registos de enfermagem, nos discursos dos participantes não existe referência quanto à sua relevância ao nível da formação e da investigação em enfermagem, com exceção para um enfermeiro que, no decorrer da entrevista, menciona que a evolução SAPE- SClinico permite o desenvolvimento do conhecimento disciplinar por via da investigação em enfermagem a partir da informação documentada e disponível nos SIE.

Este aspeto pode estar associado com o incipiente aproveitamento estatístico dos dados, existindo a perceção, por parte dos enfermeiros, que os registos não são usados nessa vertente mais conceptual, não permitindo, ainda, uma eficiente comparação de dados e padrões de cuidados de enfermagem entre diferentes unidades de saúde, populações, regiões e períodos temporais, colocando limitações à investigação em enfermagem neste domínio específico.

## **5.2 Processo de Mudança SAPE-SClinico**

Em relação à perspetiva dos participantes sobre o processo de mudança do SAPE para o SClinico no seu ambiente clínico, um elevado número de enfermeiros caracteriza o processo de mudança como difícil, apontando fatores relacionados com o deficiente planeamento do processo, pelas características específicas do SClinico, aspetos pessoais relacionados com os enfermeiros e a CIPE enquanto linguagem classificada de suporte ao SIE.

O défice de liderança a nível institucional e a falta de suporte por um grupo de acompanhamento de “peritos” levou a que cada serviço tivesse que criar as suas próprias estratégias para dar resposta às mudanças, gerando problemas de sistematização e uniformização neste processo.

Vários autores relevam a importância da liderança no desenvolvimento de processo de mudança positivo. John Paul Kotter, citado por Carvalho et al. (2015), refere que é essencial formar um grupo coeso com capacidade e poder suficiente para liderar e conduzir o processo de mudança, transmitindo uma visão clara do que é pretendido, ajudando os colaboradores a direcionar e coordenar os seus esforços para alcançar a mudança pretendida.

Cunha et al. (2010), no seu estudo sobre as atitudes dos enfermeiros face ao sistema informatizado de informação em enfermagem, corrobora com esta constatação, tendo concluído que a perceção do processo de mudança é determinante na atitude dos enfermeiros face à

implementação de novos SIE, realçando a importância da preparação dos líderes para a mudança e da sua capacidade em partilhar a visão estratégica, potenciando uma relação de confiança, de respeito e credibilidade entre os líderes e os colaboradores, essencial para a obtenção de uma perceção mais favorável aos processos de mudança.

Possivelmente, devido a esta discrepância a nível estratégico, verificou-se através da análise das entrevistas, que a perceção dos participantes relativamente ao processo de mudança é diferente, dependendo muito do contexto clínico onde ocorreu. Os relatos obtidos junto dos enfermeiros de Medicina Interna, Cirurgia, Obstetrícia e Pediatria demonstram um processo confuso, difícil, com défice de formação e um período de transição conturbado, em contraste com a experiência referida pelos enfermeiros da UCIP, que transmitem a vivência de um processo de mudança positivo, com uma formação e período de transição adequados.

A formação inadequada foi um dos fatores condicionantes da mudança mais frequentemente referido pelos participantes. A formação foi considerada como de baixa qualidade, de curta duração, centrada num modelo expositivo e sem possibilidade de treino em contexto de formação. Foi ainda referido pelos participantes que o posterior acompanhamento do processo ao nível dos serviços foi insuficiente, tendo sido assegurado por enfermeiros do próprio serviço, que conciliavam com as suas funções habituais o cargo de dinamizador (ou elo-de-ligação) para a implementação do SIE, tentando dar resposta às dúvidas que surgiam no decorrer da utilização deste.

O processo formativo emerge como uma etapa de grande relevo para o processo de mudança. Como refere Carvalho (2015) e Mações (2017), a formação e capacitação dos colaboradores constituem estratégias importantes para reduzir a resistência à mudança, uma vez que os comportamentos do passado, profundamente enraizados e sedimentados, constituem, muitas vezes, fortes barreiras a este processo. Assim, a formação ajuda os colaboradores a perceber a necessidade de mudar e contribui para o desenvolvimento de competências indispensáveis para lidar com todo o processo de mudança.

Sousa (2006) refere que a transmissão de informação e conhecimento, por si só, dificilmente produzem alteração nas atitudes e comportamentos, sendo considerado essencial o envolvimento dos enfermeiros, devendo o processo formativo promover uma discussão e reflexão alargada sobre as mudanças necessárias. Sousa (2006), no seu trabalho de investigação centrado nos SIE, com a finalidade de dar resposta aos objetivos gerais do processo formativo, desenvolveu uma intervenção formativa estruturada em três módulos, divididos em componente teórica,

teórico/prática e prática, sendo que a componente prática, integrou as sessões de acompanhamento dos enfermeiros no seu dia-a-dia, por parte de peritos na implementação do SIE. Este autor, salienta que *“ a opção por metodologias ativas, com uma posição de abertura face aos formandos, o respeito pela experiência profissional adquirida e pelas realidades individuais, foram fatores motivacionais e facilitadores do processo ensino/aprendizagem, permitindo com o decurso da própria ação a vinculação dos enfermeiros às mudanças propostas”* (Sousa, 2006, p.139).

Este défice de formação não se prende apenas com a utilização do SIE. Estende-se, também, à evolução da própria linguagem classificada (CIPE). De uma forma geral, os participantes percebem a utilização da CIPE como de grande relevância, uma vez que constitui uma nomenclatura de enfermagem comum, permitindo a uniformização da linguagem utilizada pelos enfermeiros. No entanto, existe um grande número de enfermeiros que refere um défice de formação e atualização ao nível desta linguagem, afirmando que os conhecimentos adquiridos foram obtidos a título particular ou de forma autodidata.

Este facto vai de encontro ao resultado obtido por Lobo (2015) no seu estudo de investigação, tendo verificado que 20,5% dos inquiridos utilizavam o SIE sem nunca terem tido formação sobre CIPE, 59% dos inquiridos referiram ter frequentado uma formação prévia sobre CIPE com duração inferior a 30 horas, 17,8% dos inquiridos referiram ter tido formação sobre CIPE superior ou igual a 30 horas, e apenas 2,7% tiveram formação e envolvimento ativo na elaboração do padrão de documentação de enfermagem.

Existe a perceção por parte dos participantes que a formação/atualização insuficiente sobre a CIPE, ao longo das suas diferentes versões, constitui um obstáculo, dificultando a utilização e interpretação dos conteúdos incluídos no SClínico e a conceção do raciocínio em si acerca da operacionalização da tomada de decisão.

Cunha et al. (2010) salientam a importância do nível de formação sobre a CIPE, nomeadamente, na diferença de atitude dos enfermeiros face aos SIE. No seu estudo verificaram que os enfermeiros com formação específica e que se envolveram ativamente na elaboração do padrão de documentação de enfermagem apresentam uma diferença significativa na atitude perante o novo SIE, comparativamente aos enfermeiros que não tiveram formação ou formação inferior a 30 horas. Estes autores sugerem que a formação e o envolvimento ativo na elaboração do padrão de documentação contribui para a atitude mais favorável dos enfermeiros, aumentando o reconhecimento do impacto dos SIE nos processos de trabalho, melhorando o seu

comprometimento com este, permitindo uma maior facilidade em ultrapassar obstáculos e gerando maiores expectativas em relação à sua utilização (Cunha et al., 2010).

Emerge, então, que o desadequado planeamento ao nível do processo formativo, recorrendo a estratégias ineficazes, cronologicamente muito limitadas, sem a possibilidade de treino em contexto de formação e a falta de acompanhamento por um grupo de “peritos”, cujo foco se centrasse, exclusivamente, na implementação do SClínico, podem ter condicionado o processo de mudança.

Outro dos fatores condicionantes da mudança, referido com maior frequência pelos participantes, é a falta de recursos adequados, nomeadamente os recursos humanos insuficientes. Existe a perceção que a redução do número de elementos na equipa de enfermagem, por turno, com rácio enfermeiro/doente inadequado, e inerente aumento da carga de trabalho, limita substancialmente o tempo disponível para que os enfermeiros, em contexto prático, se envolvam de forma aprofundada sobre as questões da informação e documentação dos cuidados, colocando frequentemente os enfermeiros perante o dilema da documentação dos cuidados prestados *versus* prestação de cuidados diretos ao utente (Braga, 2015). Este facto, diminui a oportunidade de maior reflexão sobre a utilidade da mudança no SIE, o que constituiu um aspeto dificultador ao envolvimento na mudança pretendida.

Contudo, os fatores apresentados pelos enfermeiros, não se prendem apenas à gestão do processo *per si*. Aspetos relacionados com o SClínico, tais como, a introdução de um raciocínio clínico com maior complexidade, a estrutura de navegação pouco “amigável”, a parametrização de conteúdos muito rígida, não dando resposta às especificidades dos serviços, foram apontados como condicionantes do processo de mudança.

Assim, tendo por base o modelo do campo de forças de Lewin (1951, citado por Mações, 2017), podemos perceber que o facto de ter existido um período de “descongelamento” inadequado, com défice a nível da liderança e orientação do processo de mudança, existindo uma formação inadequada e um diminuto envolvimento dos enfermeiros nas alterações do padrão de documentação, limitou a capacidade de estes lidarem com as alterações apresentadas pelo novo SIE, condicionando a fase de mudança. A conjugação destes diferentes vetores, levou a que o SClínico fosse compreendido como um elemento perturbador em comparação com o SAPE, com o qual os enfermeiros já tinham uma ampla experiência de utilização e, deste modo, já se sentiam “seguros”.

Ora, esta situação foi, ainda, agravada pelo facto de nos primeiros meses da sua implementação o SClínico ter sofrido várias alterações, com o intuito de colmatar alguns défices apontados no decorrer da sua utilização. Estas alterações foram efetuadas sem aviso prévio ou formação dos enfermeiros. Desta forma, e voltando a recorrer ao modelo concebido por Lewin (1951, citado por Mações), é possível perceber que o período de “recongelamento”, de adaptação e sedimentação da mudança, foi sendo protelado, criando um período maior de instabilidade e desconforto para com a utilização do novo SIE.

Neste sentido, as questões motivacionais, referidas pelos participantes constituem, também, um facto importante a ter em conta no processo de mudança, pois como salienta Tappen (2005, p. 231), *“o processo de “descongelamento” deixa as pessoas a sentirem-se inseguras. A reação natural aos esforços de mudança é um estado de muita energia, chamado de hiperenergia. Esta energia precisa de ser orientada para ações produtivas. Se o não for, pode provocar uma séria resistência à mudança proposta”*. A mudança exige ao colaborador força de volição, que lhe permite romper com a prática instituída, quebrando a inércia e aceitando a mudança como um novo desafio (Carvalho, 2015).

Seguindo esta lógica, colaboradores cansados, desmotivados, com uma expectativa baixa relativa ao resultado da mudança desenvolvida ou percecionada como pouco satisfatória, quando comparada com o esforço necessário para levar a cabo a mudança, apresentam uma menor adesão e um aumento da resistência ao processo de mudança.

Assim, é possível constatar que foram várias as forças que se conjugaram e condicionaram o processo de mudança: a) SIE que apresenta um novo raciocínio clínico, com uma estrutura e conteúdos distintos ao anteriormente utilizado; b) défice de liderança institucional e orientação por um grupo de acompanhamento; c) formação desadequada sobre o SIE, causando um défice de conhecimento e habilidade (prevalecendo referência a iliteracia informática); d) formação insuficiente sobre a taxonomia da CIPE; e) reduzido envolvimento dos enfermeiros no processo de mudança e na alteração do padrão de documentação; f) recursos humanos insuficientes; g) desmotivação. Sendo possível, concluir que a combinação destas várias forças impeditivas provocou resistência à mudança e uma má adesão inicial ao SClínico.

Contudo, existe a perceção por parte dos participantes que este processo de mudança potenciou a reflexão e discussão sobre as práticas e a definição do resumo mínimo de dados de enfermagem, porque ao criar rutura com o *statu quo*, com o modelo de práticas em uso, gerou espaço para a discussão, reflexão e até contestação, o que potenciou um novo olhar para a documentação do

processo de enfermagem. As discussões geradas em torno do novo SIE, bem como, a necessidade de adaptação a este, estimularam momentos de reflexão sobre a(s) prática(s) de enfermagem, constituindo uma oportunidade para a melhoria das mesmas.

### **5.3 Alterações introduzidas pelo SClínico em comparação com o SAPE**

No que se refere às principais alterações apresentadas pelo SClínico em relação ao SAPE, a melhoria na atividade diagnóstica é referida pelos participantes como a alteração mais significativa. Existe a percepção que a introdução dos conteúdos de atividade diagnóstica, com a utilização de instrumentos de avaliação validados, leva a uma avaliação mais objetiva da condição de saúde do doente, a uma menor discrepância entre avaliações pelos diferentes enfermeiros e, deste modo, reduz o erro na formulação do diagnóstico de enfermagem, o que vai de encontro ao referido por Malheiro (2008) no seu trabalho de investigação.

Segundo este autor, a avaliação é um processo de tomada de decisão que estabelece um julgamento crítico acerca da qualidade do que se mediu, sendo que a avaliação significa comparação, necessitando de uma perspetiva de referência. Ou seja, para que os dados obtidos através da avaliação tenham utilidade clínica, precisam de ser comparados a normas, a padrões de referência e, deste modo, verificar se existe alteração no padrão, constituindo um problema efetivo ou potencial sobre o qual se tem que intervir. A utilização de instrumentos de avaliação validados e baseados em evidência científica, permite uma maior qualidade nas inferências e na tomada de decisão (Malheiro, 2008).

Esta visão é corroborada por Jesus & Sousa (2011) que referem a importância do SIE enquanto sistemas de apoio à tomada decisão, devendo incorporar conhecimento baseado em evidência científica, desenvolvendo algoritmos decisórios que permitam suportar e melhorar a tomada decisão do enfermeiro.

Outra das alterações introduzidas no SClínico, frequentemente referida pelos participantes, é a desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços, decorrente da introdução da parametrização a nível nacional.

No SAPE, a parametrização dos conteúdos era efetuada localmente pelas unidades de cuidados, tendo sido considerado um aspeto essencial quando se deu os primeiros passos no desenvolvimento de SIE em suporte eletrónico, permitindo uma maior reflexão dos enfermeiros sobre as suas práticas. Porém, a grande difusão do SAPE, tanto em ambiente hospitalar como nos cuidados de saúde primários, levou a uma grande diversidade de enunciados de diagnósticos e

intervenções de enfermagem que impossibilitaram a interoperabilidade da informação gerada pelos enfermeiros e a produção de indicadores nacionais com base na informação que resulta da tomada de decisão dos enfermeiros.

Desta forma, a parametrização nacional surge com o objetivo de melhorar a interoperabilidade entre os sistemas e responder à emergência da necessidade de agregar informação sobre os cuidados de enfermagem a nível nacional, melhorando a inteligibilidade da informação de enfermagem para um largo espectro de profissionais da saúde e para os cidadãos (Paiva et al., 2014).

Todavia, a parametrização nacional apresentada pelo SClínico é percecionada pelos participantes como de carácter “geral”, sendo pouco sensível à documentação de cuidados de enfermagem de maior especificidade. Este aspeto é, principalmente, referido pelos enfermeiros especialistas, sendo predominante nos serviços de Obstetrícia, Pediatria e UCIP, nos quais, os participantes afirmam que, muitas vezes, não conseguem registar os cuidados prestados por inexistência de determinados conteúdos, tendo a necessidade de efetuar o registo em notas gerais ou associando observações às intervenções sugeridas pelo SClínico.

Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2007), *“as necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem, os objetivos dos cuidados, as intervenções, os dados da apreciação inicial e os dados da observação/vigilância contínua do doente variam de unidade para unidade”*, logo, torna-se fundamental que a parametrização nacional seja suficientemente versátil de forma a contemplar diferentes contextos clínicos, permitindo descrever com exatidão os cuidados de enfermagem prestados.

A nível das alterações de estrutura implementadas pelo SClínico, os participantes destacam, principalmente, a “lentificação” na “navegação”, afetando tanto a documentação da prática clínica como a consulta dos dados de vigilância e evolução da condição de saúde do utente. Referem, ainda, o facto de a estrutura ser pouco “amigável”, com um aumento do número de “passos” a percorrer, em comparação com o SAPE, e a dificuldade na procura de intervenções com menor utilização no serviço, provocando um aumento no tempo necessário para proceder à documentação dos cuidados.

Existe a noção que o tempo é fundamental. O tempo rentabilizado na documentação é essencial junto da “cabeceira” do utente. Ou seja, os enfermeiros esperam do novo SIE maior rapidez e eficiência, permitindo facilitar a correta documentação dos cuidados prestados, reduzindo o

número de “passos” no trajeto dos registos, melhorando desta forma a acessibilidade à informação.

Esta constatação é suportada pelo resultado dos trabalhos de investigação desenvolvidos por Khalifa (2016), sobre a avaliação dos fatores que condicionam a aceitação dos enfermeiros relativamente aos sistemas de informação hospitalares e por Chang & Lee (2016) sobre a experiência dos enfermeiros em relação à implementação do Registo Eletrónico de Saúde, onde um dos principais aspetos referidos é a necessidade de melhorar a velocidade do software e de desenvolver uma estrutura mais “amigável”, intuitiva e adaptada à prática clínica, tornando o software mais fácil e rápido de utilizar.

#### **5.4 Implicações da Evolução dos SIE nos Cuidados de Enfermagem**

A perceção que os participantes possuem sobre as alterações introduzidas pelo SClínico vem influenciar a sua compreensão relativa às implicações da implementação do novo SIE, apresentando frequentemente uma visão dicotómica, tanto a nível da tomada de decisão, como da qualidade e visibilidade dos cuidados de enfermagem.

A introdução de uma arquitetura de suporte à tomada de decisão com base no conhecimento disciplinar de enfermagem, com iniciação do processo de enfermagem pelos conteúdos de atividade diagnóstica, que através da obtenção de um score, configura um *status* de diagnóstico e sugestão de intervenções com integridade referencial, institui maior rigor, objetividade, sistematização, dando um contributo substantivo para a redução de erros no processo de tomada de decisão.

Esta constatação vai de encontro ao sustentado por Jesus & Sousa (2011), no que concerne ao facto de a capacidade de o enfermeiro interpretar, analisar e inferir em função dos dados colhidos, pode ser melhorada e consolidada pela utilização de um SIE, se este disponibilizar dados que informem sobre a resposta mais adequada a determinada situação. Um sistema de apoio à tomada de decisão integrado no SIE diminui a probabilidade de erro, tanto a nível do diagnóstico, como da prescrição da intervenção, reforçando a segurança do utente e melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Por outro lado, os participantes têm a perceção que a navegação pouco “amigável”, “lentificada” e com uma parametrização limitada, em relação à especificidade dos cuidados prestados, condicionada a tomada de decisão, uma vez que o aumento do tempo necessário para consultar informação relevante sobre o utente, ou inclusive, o défice de informação por inexistência de

parametrização do conteúdo, pode condicionar a resposta do enfermeiro, principalmente em cenário de urgência.

No que se refere à qualidade dos cuidados, é percebida como um resultado complexo, sendo condicionada por diferentes fatores. Contudo, existe a percepção de que o SIE é uma ferramenta potenciadora da qualidade dos cuidados, uma vez que permite uma maior reflexão sobre as práticas.

Os participantes referem que o SClinico permitiu melhorar a qualidade dos cuidados prestados, principalmente a nível da capacitação do utente, uma vez que permite uma maior sistematização, tanto no processo de avaliação do potencial para aquisição do conhecimento, como na normalização dos ensinamentos a implementar, através da introdução das atividades que concretizam as intervenções.

Neste sentido, a evolução do SIE vai de encontro ao proposto por Jesus e Sousa (2011), que afirmam ser fundamental o desenvolvimento de SIE que, simultaneamente, informe e oriente o enfermeiro na promoção da saúde, na prevenção de complicações e na educação do utente, de forma a promover o seu bem-estar e o autocuidado, potenciando a adaptação às transições decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou processos de vida, constituindo, assim, uma importante ferramenta no cumprimento do mandato social da profissão de enfermeiro.

No entanto, existem participantes que expõem uma perspetiva distinta, assumindo que por si só, a mudança de SIE não promove a qualidade dos cuidados, existindo diversos fatores que condicionam a qualidade do exercício profissional, tal como refere Sousa (s.d., p.2) *“A prestação de cuidados de enfermagem de excelência é um desafio importante para qualquer enfermeiro e o alcance desta excelência tem muito a ver com a arte de saber cuidar, no entanto, todos sabemos, que o exercício de cuidar um ser humano, nem sempre é tarefa fácil nem arbitrária, pois exige a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais”*.

Porém, é de salientar a perspetiva partilhada por alguns enfermeiros, que afirmam que a utilização do SClinico, diminui o tempo para estar junto da “cabeceira” do utente, uma vez que aumenta o tempo necessário para a documentação dos cuidados.

Em relação a este aspeto existe divergência a nível dos trabalhos consultados. Por um lado, temos o resultado obtido no estudo da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009) sobre o *“Impact of health IT on Nurses’ Time Spent on Direct Patient Care”*, segundo o qual, através da implementação de processos de melhoria nos serviços, associado à implementação de um

sistemas de informação, conduziu à diminuição do tempo de execução dos registos de enfermagem, passando dos 35,1% para os 24,2%, com conseqüente acréscimo do tempo disponível para a prestação de cuidados junto dos doentes, de 31,3% para os 40,1%.

Contrapondo este resultado, o estudo realizado por Cunha et al. (2016) sobre a gestão do tempo no planeamento de cuidados de enfermagem, verificou o uso de um tempo médio muito baixo na prestação de cuidados diretos ao utente. No entanto, constatou que o tempo disponível, no turno, para cuidados que não carecem da presença do utente situa-se no dobro do utilizado junto dos mesmos, concluindo assim que existe um afastamento dos enfermeiros na sua relação direta com os utentes.

Esta conclusão é, ainda, suportada pelo estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2017, p.2) foi possível concluir que *“72,6% dos respondentes avaliam as aplicações (SIE) em uso como limitadoras do tempo disponível para o contacto com a pessoa a cuidar. Esta percepção demonstra um claro impacto negativo estatisticamente significativo ( $p < 0,05$ ) na própria satisfação dos enfermeiros com os SIE”*.

Neste sentido, Jesus & Sousa (2011, p. 229-230) afirmam que a documentação é efetivamente uma das atividades de cuidados indiretos que mais tempo ocupa, não existindo consonância entre os estudos na sua exata quantificação, apontando percentagens que vão dos 20 aos 50% do tempo total, evidenciando como fator relevante o nível de formação da equipa.

No nosso estudo, esta percepção do aumento do tempo necessário na documentação, evidenciada pelos participantes, poderá ser fundamentada pelo facto de o SIE apresentar uma navegação “lentificada”, pouco “amigável”, com aumento do número de “passos” em relação ao SAPE, com uma parametrização que não vai de encontro à especificidade do contexto clínico, que associada à desadequação da formação inicial, condicionam a utilização do SIE e levam a um aumento do tempo necessário para realizar a documentação dos cuidados.

No que concerne à visibilidade dos cuidados de enfermagem, emerge a perspetiva de que se mantem uma descrição insuficiente da condição de saúde do utente. Ou seja, os registos são pouco sensíveis à verdadeira realidade clínica do utente, podendo levantar dúvidas sobre os reais problemas deste, a sua evolução clínica e os cuidados de enfermagem prestados.

Esta percepção pode estar associada à desadequação dos conteúdos apresentados pelo SClínico, nomeadamente em contextos clínicos mais específicos, levando a uma documentação desadequada ou até há ausência da informação relativa à prestação de cuidados de enfermagem.

Desta forma, existe a visão de que os registos informáticos não traduzem os ganhos em saúde e a intensidade dos cuidados de enfermagem, não demonstrando todo o trabalho realizado pelos enfermeiros, uma vez que, parte substantiva dos cuidados de enfermagem prestados não são corretamente documentados por não se encontrarem devidamente parametrizados.

Esta perspetiva vai de encontro ao constatado por Silvestre (2012, p. 118), afirmando que *“pela análise dos diagnósticos de enfermagem os investigadores têm dificuldade em compreender a individualização dos cuidados, isto é, o facto de serem identificados os mesmos diagnósticos de enfermagem a todas as pessoas, impossibilita esta individualização”*. O autor refere, ainda, que existe muita informação que os enfermeiros detêm sobre o utente, mas que não registam no campo *“Processo de Enfermagem”*, efetuando ainda em notas gerais de evolução do estado de saúde do utente, com prejuízo verificado nos diagnósticos de enfermagem. Estes enfermeiros limitam-se a documentar somente o que é *“imposto”* pela instituição, levando a uma *“mecanização”* do processo, tendo como consequência, os registos não evidenciarem o estado e evolução da condição de saúde do utente.

Assim, os participantes percebem o SIE como estando menos direcionado para o utente e mais direcionado para responder a necessidades de produção de indicadores de qualidade. Para além da *“mecanização”* processual referida anteriormente, esta perceção pode estar relacionada com as estratégias de gestão não compreendidas pelos enfermeiros, nomeadamente registos sem suposta utilidade clínica (por exemplo, avaliação do risco de úlcera de pressão em um utente independente), identificando um foco de atenção que, efetivamente, não traduz uma necessidade de cuidados naquele utente específico, não constituindo desta forma um problema efetivo do utente, mas cujo registo é obrigatório. Esta constatação vai de encontro ao referido por Jesus (2006) que salienta que o carácter obrigatório da documentação, sem a devida reflexão e adequação aos diferentes contextos, produz uma imagem negativa, conotada a um conjunto de registos ou procedimentos administrativos, que pouco traduz a complexidade do processo de pensamento efetivo dos enfermeiros no decorrer da prestação de cuidados.

Por outro lado, é de salientar que a mudança do SAPE para o SClínico, gerou uma ambiente propício para a reflexão e discussão em torno do processo de enfermagem, do resumo mínimo de dados de enfermagem, dos ganhos em saúde e da produção de indicadores de qualidade dos cuidados, permitindo um aumento do conhecimento nesta área, mas acima de tudo, o SClínico trouxe maior consciencialização aos enfermeiros sobre a importância de documentar as necessidades, o planeamento e a execução dos cuidados de enfermagem, mas também a

avaliação dos resultados alcançados, demonstrando a relevância da intervenção dos enfermeiros para os ganhos em saúde do utente.

No entanto, ainda persiste a ideia de que se mantém a dificuldade em produzir os indicadores de qualidade. A questão que se coloca é se esta perspetiva está relacionada com o facto de o SClínico estar em construção, com frequentes reformulações e alterações, principalmente ao nível da parametrização nacional, podendo estas alterações condicionar o tratamento estatístico dos dados ou, pelo contrário, estes indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem já existem, mas não são devidamente divulgados permitindo aos enfermeiros vislumbrar o resultado do seu trabalho.

O estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros (2017, p.2) vem suportar esta hipótese, afirmando que *“a visualização dos dados produzidos através de indicadores consultáveis pelos enfermeiros foi uma sugestão constantemente referida. Este facto demonstra a necessidade clara dos enfermeiros se sentirem representados nos SIE, e de compreender a importância do que produzem, não apenas numa perspetiva micro, mas também numa perspetiva macro”*.

Como já foi referido anteriormente, existe uma referência à importância das alterações introduzidas pelo SClínico a nível do desenvolvimento disciplinar por via da investigação sobre os cuidados de enfermagem, uma vez que a parametrização nacional tem por objetivo permitir viabilizar o tratamento estatístico dos dados, possibilitando um maior estudo sobre os cuidados de enfermagem, não apenas à escala de cada instituição de saúde, mas a nível regional e nacional.

### **5.5 Perspetiva dos Enfermeiros sobre a Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem**

Perante a perspetiva global da evolução do SAPE para o SClínico, e tendo como objetivo máximo a excelência do exercício profissional, os participantes salientam, principalmente, a necessidade de tornar o SIE mais rápido, mais intuitivo, com uma navegação mais simples, reduzindo o número de “passos” a percorrer, facilitando a documentação e acesso à informação.

Existe, de igual modo, uma grande preocupação em melhorar os conteúdos ao nível da especialidade e especificidade de cada contexto clínico, permitindo documentar todos os cuidados prestados pelos enfermeiros, eliminando os “vazios” de conteúdos e refinando tanto os diagnósticos como as intervenções de enfermagem, promovendo uma maior adequação às necessidades de cada contexto clínico.

Foi também referido como relevante para a melhoria da qualidade, otimizar o acesso às orientações internas e normas da DGS, capacitando a tomada decisão de enfermagem com conteúdos baseados em evidência científica.

Outro dos aspetos a ser melhorado é a eliminação da duplicação dos registos, tanto ao nível dos diferentes SIE existentes, como ao nível de intervenções com significado semelhante, diminuindo a possibilidade de erro, rentabilizando o tempo e aumentando a motivação para a documentação dos cuidados.

Foram ainda referidas ao nível dos conteúdos a necessidade de melhorar a adequação das escalas de medida dos critérios de diagnóstico, a introdução das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e a maior operacionalidade dos quadros de vigilância.

Existe também a perceção que para melhorar a utilização dos sistemas de informação é essencial investir na formação, colmatando desta forma as dificuldades sentidas e promovendo maior envolvimento dos profissionais no processo de mudança.

Tal é corroborado pelo estudo efetuado pela Ordem dos Enfermeiros (2017, p.2) que concluiu que *“a dificuldade com mais impacto para os enfermeiros foi a clara sensação de necessidade de formação nos SIE e no uso da CIPE, com 86,5% a percecionar défices formativos com impacto negativo estatisticamente ( $p < 0,05$ ) na satisfação com o SIE”*. Desta forma, torna-se visível a necessidade de investir na formação a nível da utilização do *software* e da linguagem CIPE, constituindo uma importante estratégia para aumentar a uniformização e sistematização do padrão de documentação, melhorando a evidência e representatividade dos cuidados efetuados pelos enfermeiros.

## 6. CONCLUSÃO

Tendo por base o que foi abordado no decorrer deste trabalho, resta fazer a reflexão/conclusão dos principais resultados, assim como as suas implicações e sugestões.

Sendo os enfermeiros, no desenvolvimento da sua prática clínica, aqueles que mais utilizam os SIE, torna-se evidente a necessidade de os envolver nestes processos de mudança tecnológica, proporcionando-lhes o desempenho de um papel ativo tanto na génese, como no processo de reformulação, possibilitando que os SIE evoluam no sentido da maior adequação aos contextos clínicos.

O facto de os participantes atribuírem elevada importância aos registos, nomeadamente, nas suas vertentes de suporte à gestão, à prática clínica e ao valor ético/legal, não é suficiente por si só, para assegurar a adesão ao processo de mudança e evolução dos SIE.

Um elevado número de enfermeiros perceciona o processo de mudança SAPE-SClínico como difícil, salientando como principais fatores condicionantes o défice de liderança institucional, a desadequação da formação (sobre SIE e a CIPE), os recursos humanos insuficientes, questões motivacionais e aspetos relacionados com o SIE, nomeadamente, o raciocínio clínico percebido como de maior complexidade.

No que diz respeito à liderança institucional conclui-se que, perante uma mudança a nível tecnológico, esta deve ser forte e coesa, capaz de difundir a visão de mudança e implementar estratégias bem definidas mediante os objetivos traçados, promovendo a uniformização entre os diferentes serviços da instituição. Porém, deve favorecer um modelo participativo, envolvendo os enfermeiros neste processo, mobilizando, motivando e aumentando as expectativas em relação ao novo SIE e aos novos padrões de documentação.

A necessidade de formação no que concerne à utilização do *software* e à linguagem classificada (CIPE), é uma das principais constatações deste trabalho. Os participantes percebem que a formação efetuada foi desadequada para os conhecimentos/habilidades que necessitavam adquirir, tendo constituído um dos principais obstáculos para o processo de mudança. Desta forma, em futuros processos de mudança a nível do SIE, será importante considerar a adoção de estratégias formativas assentes em metodologias ativas, que valorizem a componente prática/treino e com duração temporal adequada à aquisição dos conhecimentos/habilidades pretendidos.

Para além disto, ficou claro que os participantes, apesar de compreenderem a importância da CIPE, enquanto requisito obrigatório para a implementação de SIE, salientam a existência de um défice de conhecimento sobre esta linguagem classificada, que condiciona a sua perceção sobre os próprios conteúdos incluídos no SClínico e a conceção dos cuidados de enfermagem. Ora, tendo em conta que a CIPE é considerada pela Ordem dos Enfermeiros como referencial de linguagem obrigatório na implementação dos SIE, é premente a necessidade de formação nesta área. Como é possível existir uma correta comunicação, se existe défice na compreensão da linguagem? Neste sentido, seria importante a organização de um plano de formação institucional, com o intuito de aumentar os conhecimentos sobre a taxonomia da CIPE, permitindo uniformizar e sistematizar a comunicação e documentação dos cuidados prestados ao utente.

A falta de recursos humanos necessários à concretização da mudança operada no SIE foi também apontada como fator perturbador de relevo, uma vez que a redução do número de elementos de enfermagem por turno, leva a um rácio enfermeiro/doente inadequado e limitando o tempo disponível para que os enfermeiros reflitam sobre as possíveis vantagens da mudança.

Neste contexto, o cansaço, a desmotivação e a expectativa baixa sobre as vantagens da mudança quando comparada com o esforço necessário para a desencadear, levaram a uma menor adesão e a um aumento da resistência ao processo de mudança.

O facto de o SClínico apresentar uma estrutura e conteúdos distintos do SAPE, com a introdução de uma nova forma de raciocínio clínico, percecionado como de maior complexidade, intensificou todo este quadro de forças condicionantes do processo de mudança.

Contudo, é importante salientar que o processo de mudança foi percebido como potenciador da reflexão e discussão sobre as práticas e a importância da definição do resumo mínimo de dados de enfermagem.

Relativamente às principais alterações apresentadas pelo SClínico em relação ao SAPE, a que assume maior preponderância é a melhoria da atividade diagnóstica, associada à implementação de instrumentos de avaliação validados, permitindo a diminuição da subjetividade, da discrepância de avaliações entre enfermeiros e, deste modo, a redução do erro na elaboração do diagnóstico de enfermagem.

Outro aspeto que se evidencia, é a desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços, associada à introdução da parametrização a nível nacional, que é percecionada como de carácter “geral”, pouco sensível à documentação de cuidados de enfermagem específicos, levando à necessidade de efetuar os registos em notas gerais ou

associando observações às intervenções sugeridas pelo SClínico, com o prejuízo do tratamento estatístico dos dados e consequente aumento da dificuldade na produção de indicadores de qualidade.

No que respeita às alterações introduzidas a nível da estrutura, destaca-se a “lentificação” na “navegação”, afetando tanto a documentação da prática clínica como a consulta dos dados clínicos de vigilância e evolução do utente. A estrutura é também considerada pouco “amigável”, com um elevado número de “passos”, em comparação com o SAPE.

A forma como são assimiladas as alterações introduzidas pelo SClínico, condiciona a perceção sobre as implicações da sua implementação tanto a nível da tomada de decisão, como da qualidade e visibilidade dos cuidados de enfermagem, existindo uma visão dicotómica por parte dos participantes.

Relativamente à tomada de decisão, existe, por um lado, a compreensão que a evolução da atividade diagnóstica e a sugestão de diagnóstico/intervenções de enfermagem, mediante o *score* obtido na avaliação, institui maior rigor, objetividade e sistematização nesse mesmo processo de tomada de decisão, possibilitando a redução do erro. Todavia, o facto de a navegação ser considerada pouco “amigável”, “lentificada” e com uma parametrização de conteúdos limitada, condiciona a tomada de decisão, uma vez que aumenta o tempo necessário para consultar a informação relevante neste processo.

No que concerne à qualidade dos cuidados, é percecionada como um resultado complexo, dependendo de diferentes fatores, sendo o SIE compreendido como uma ferramenta potenciadora da qualidade dos cuidados. Existe a referência ao facto de o SClínico ter potenciado a melhoria dos cuidados, uma vez que permite uma maior uniformização, tanto no processo de avaliação do potencial para aquisição do conhecimento, como na normalização dos ensinamentos a implementar, através da associação das atividades que concretizam a intervenção.

Contudo, surge como relevante a perceção partilhada por alguns enfermeiros, afirmando que a utilização do SClínico diminui o tempo disponível para estar junto da “cabeceira” do utente, uma vez que aumenta o tempo necessário para a documentação dos cuidados. Esta perceção do aumento do tempo necessário na documentação poderá estar relacionada com o facto de o SIE apresentar uma navegação “lentificada”, pouco “amigável”, com aumento do número de “passos”, e com uma parametrização desadequada ao contexto clínico que, associada ao facto de ter existido uma formação inicial insuficiente, condiciona a capacidade de utilização do SIE.

No que à visibilidade dos cuidados de enfermagem diz respeito, salienta-se a perspetiva de que se mantem uma descrição insuficiente da condição de saúde do utente, sendo os registos pouco sensíveis à verdadeira situação clínica, podendo levantar dúvidas sobre os reais problemas deste, a sua evolução clínica e os cuidados de enfermagem prestados.

Esta perceção pode estar associada à desadequação dos conteúdos apresentados e disponíveis no SClínico, nomeadamente, em contextos clínicos mais específicos, levando a uma documentação desadequada ou até há ausência da informação relativa à prestação de cuidados de enfermagem.

Assim, existe a visão de que os registos informáticos não traduzem os ganhos em saúde e a intensidade dos cuidados de enfermagem, não demonstrando toda a intensidade de cuidados realizada pelos enfermeiros, uma vez que, uma parte dos cuidados de enfermagem que são realizados, por não se encontrarem devidamente parametrizados no SIE, não são corretamente documentados.

Desta forma, os enfermeiros percebem o SIE como estando menos direcionado para o utente e mais direcionado para responder há necessidade de indicadores de qualidade, podendo esta perspetiva estar relacionada com as estratégias de gestão não compreendidas pelos enfermeiros, nomeadamente, registos sem a suposta utilidade clínica. Apesar disto, mantem-se a perspetiva sobre a dificuldade em produzir estes indicadores de qualidade, podendo estar relacionada com o, ainda, insuficiente tratamento estatístico dos dados ou reduzida divulgação dos mesmos.

Contudo, é de reforçar o facto de que a mudança do SAPE para o SClínico gerou um ambiente propício para a reflexão e discussão em torno do processo de enfermagem, do RMDE, dos ganhos em saúde e dos indicadores de qualidade, permitindo um aumento dos conhecimentos nesta área. Acima de tudo, o SClínico veio consciencializar os enfermeiros sobre a importância, não apenas de documentar o planeamento e execução dos cuidados de enfermagem, mas também da avaliação dos resultados alcançados através destes, demonstrando a relevância da intervenção dos enfermeiros para os ganhos em saúde do utente.

No que se refere à perspetiva global da evolução do SAPE para o SClínico, e tendo por objetivo máximo a excelência do exercício profissional, os enfermeiros evidenciam a necessidade de tornar o SIE mais rápido, intuitivo, com uma navegação mais simplificada, com reduzido número de “passos”, facilitando a documentação e acesso à informação. Existe, também, uma grande preocupação em melhorar os conteúdos a nível da especialidade e especificidade de cada contexto clínico, permitindo documentar todos os cuidados prestados pelos enfermeiros, eliminando os

“vazios” de conteúdos não disponíveis, e refinando tanto os diagnósticos como as intervenções de forma a adequarem-se às necessidades de cada contexto clínico.

Em suma, os enfermeiros percebem os SIE em suporte eletrónico como uma ferramenta importante no desenvolvimento da prática clínica, todavia, é essencial reduzir ao máximo o tempo despendido na documentação, libertando tempo para a prestação de cuidados direta aos utentes. Desta forma, é fundamental criar SIE rápidos, intuitivos, de navegação simples, cujos dados migrem automaticamente, diminuindo a duplicação de registos entre SIE diferentes, utilizando uma parametrização sensível à diversidade de contextos clínicos, permitindo a correta documentação de todos os cuidados de enfermagem.

A visibilidade dos cuidados de enfermagem, depende do nosso cuidado direto com o utente, da forma como tocamos a vida deste, como cuidamos dele e da sua família, nos diversos momentos da vida. No entanto, numa sociedade altamente influenciada por valores económicos, torna-se fundamental não só “ser”, como “demonstrar” o quanto se é imprescindível. Neste sentido a necessidade de melhorar a qualidade dos registos efetuados, uniformizando e sistematizando os padrões de documentação, sem diminuir a sensibilidade descritiva da realidade clínica específica de cada utente, é essencial para a produção de sínteses informativas de grande relevo para a adequação de políticas de gestão, tanto a nível das instituições locais, como de âmbito nacional. Para além desta vertente, estas sínteses informativas detêm enorme potencial como promotoras da produção de conhecimento, constituindo matéria-prima substancial para a investigação em enfermagem que, por sua vez, potencie o desenvolvimento teórico que rege a prática clínica, permitindo a evolução continua para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às populações. Neste sentido, é importante uma maior divulgação e difusão destas sínteses, permitindo aos enfermeiros constatarem o resultado do esforço despendido na documentação dos cuidados, assim como a relevância do conhecimento obtido na alteração/adequação das dinâmicas de trabalho.

Finalmente, não poderíamos terminar este trabalho sem referir as limitações que o condicionaram. A delimitação cronológica, inerente a um trabalho de mestrado, levou a que a investigação se focasse em apenas um hospital, numa área geográfica restrita, com uma amostra reduzida ao nível de valências hospitalares, não permitindo desta forma a obtenção de experiências em todos os contextos clínicos. Todavia, entendemos que este estudo pode constituir-se como um trabalho de base que poderá estabelecer os alicerces para trabalhos de investigação futuros.

Outro aspecto que condicionou a realização deste estudo foi a falta de trabalhos de investigação sobre o SClinico. No entanto, o que constitui uma limitação emerge como uma oportunidade, salientando a importância da realização deste estudo.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2009). Impact of Health IT on Nurses' Time Spent on Direct Patient Care. *U.S. Department of Health & Human Services*. Acedido em Janeiro 23, 2018, em: <https://healthit.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/impact-of-hit-on-nurses-quick-reference-guide.pdf>
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (4ª Edição). Lisboa: Edições 70.
- Benito, G.A.V. & Licheski, A.P. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn*, Maio-Jun, 62 (3), 447-50. Acedido em Janeiro 23, 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Braga, P. (2015). *Promoção da Implementação do Sistema de informação CIPE/SCLínico na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização: Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, Escola Superior de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, Portugal.
- Carpenter, D.R. & Streubert, H.J. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista* (5ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Carvalho, L.C.; Bernardo, M.R.M.; Sousa, I.D., & Negas, M.C. (2015). *Gestão das Organizações – Uma abordagem integrada e prospetiva* (2ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Cavalcante, R.B.; Silva, P.C., & Ferreira, M.N. (2011). Sistema de Informação em Saúde: Possibilidade e Desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Mai/Ago; 1(2), 290-299. Acedido em Janeiro 23, 2018, em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2580>
- Chang, C.P. & Lee, T.T. (2016). Nurses' Experiences of an Initial and Re-Implemented Electronic Health Record Use. *Nursing Informatics*, 802-803. Acedido em Fevereiro 18, 2018, em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=40&sid=354361cc-b6e1-4a49-b43f-600da12daff8%40sessionmgr101>
- Cunha, A.P.; Ferreira, J.M., & Rodrigues, M.A. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem. *Revista Referência III Serie – nº1 Jul*, 7-16. Acedido em Janeiro 23, 2018, em <https://pt.scribd.com/document/88891460/Atitude-dos-Enfermeiros-face-ao-Sistema-Informatizado-de-Informacao-em-Enfermagem>

- Cunha, M.; Dias, A.; Martins, R.; Ribeiro, O., & Vieira, M. (2016). Gestão do Tempo no Planeamento de Cuidados de Enfermagem. *Revista Servir*, 59, n°4, 7-11. Acedido em Janeiro 23, 2018, em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4580/1/GEST%C3%83O%20DO%20TEMPO%20NO%20PLANEAMENTO%20DE%20CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM.pdf>
- Dias, C.M. & Lopes, M.I. (2010). Raciocínio Clínico em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, n°21, Jan/Fev/Mar, 33-45.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem - Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jesus, E.H. & Sousa, P.F. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de Saúde – Visão dos enfermeiros. IN Pereira, D.; Nascimento, J.C.; Gomes, R., *Sistema de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal* (226-241). Lisboa: Edições Sílabo.
- Jesus, E.H. (2006). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Khalifa, M. (2016) Evaluating Nurses Acceptance of Hospital Information Systems: A Case Study of a Tertiary Care Hospital. *Nursing Informatics*, 78-82. Acedido em Fevereiro 18, 2018, em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=354361cc-b6e1-4a49-b43f-600da12daff8%40sessionmgr101>
- Lobo, M.S.N.E.R. (2015). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Na perspectiva dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização: Gestão em Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Mações, M.A.R. (2017). *Empreendedorismo, Inovação e Mudança Organizacional*. Coimbra: Actual.
- Macedo, A.; Petronilho, F.; & Cainé, J. (2015). Nursing Information Systems: From Documentation as Evidence to Documentation as a Support to the Clinical Decision Making. In *Healthcare Administration: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications*, ed. Management Association, pp. 959-977. United States of America: IGI Global. doi: [10.4018/978-1-4666-6339-8.ch050](https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6339-8.ch050)

- Machado, N.J.B. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Um modelo de melhoria contínua baseada na reflexão-ação*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Malheiro, C. (2008). *Instrumentos de Avaliação – Estudo Centrado em Escalas utilizadas no Mestrado em Actividade Física Adaptada*. Dissertação de Licenciatura. Faculdade de Desporto - Universidade do Porto, Portugal.
- Marin, H.F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, Jan-Mar, 2(1), 20-4. Acedido em Março 12, 2016, em <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>
- Martins, A., Pinto, A., Lourenço, C.M., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M.J., Almeida, M.P.P, Mendes, O.S., & Santos, R.M. (2008). Qual o Lugar da Escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar em Enfermagem*, vol.12 (2), Acedido em Março 12, 2016, em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_52-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf)
- Morse, J.M. (2007). *Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Narciso, M., Inácio, R., & Carvalho, S. (2014) As tecnologias da Informação na Gestão em Cuidados de Enfermagem – Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Aging and Innovation*. Vol. 3, Ed. 1. Acedido em Janeiro 23, 2018, em <http://journalofagingandinnovation.org/volume-3-edicao-1-2014/as-tecnologias-da-informacao-na-gestao-em-cuidados-de-enfermagem-revisao-sistemica-da-literatura/>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e requisitos técnico-funcionais*. Acedido em Março 12, 2016, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIEPrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Análise dos relatos do Inquérito sobre Sistemas de Informação em Enfermagem. Acedido em Fevereiro 18, 2018, em [http://www.ordemenfermeiros.pt/sie/Documents/Resultados\\_InqueritoSIE\\_Fevereiro2017.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sie/Documents/Resultados_InqueritoSIE_Fevereiro2017.pdf)
- Paiva, A. [et al.] (2014). *Análise da Parametriação Nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE*. Acedido Março 12, 2016, em [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf)
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

- Perry, A.E. & Potter, P.A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Pinto, L. F. B. (2009). *Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Economia, Sociologia e Gestão - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.
- Sandi, A.A.A. (2015). *A importância dos Sistemas de Informação em Saúde – Estudo de caso na USF CelaSaúde*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde - SPMS (2017). *SClínico Hospitalar*. Acedido em Setembro 10, 2017 em <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>
- Silva, A.P. (2006). *Sistemas de informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, A.R; Oliveira, T.M; Lima, C.F.; Rodrigues, L.B.; Bellucci, J.N.& Carvalho, M.G.O. (2016). Sistemas de Informação como Instrumento para Tomada de Decisão em Saúde: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 10(9): 3455-62. Acedido em Fevereiro 18, 2018 em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=df228a65-61c7-4dad-a7d7-3dee4e93c6b0%40sessionmgr101>
- Silvestre, M.C.C. (2012). *Os registos de Enfermagem: Um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas*. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Sousa, D. (n.d.). *Competências e Saberes em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em Janeiro 23, 2018, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
- Sousa, P.A.F. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de Cuidados de Saúde – um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- Tappen, R.M. (2005). *Liderança e Administração em Enfermagem: Conceitos e Prática* (4ª Edição). Loures: Lusociência.
- Tareco, E.S.R. (2015). *Sistemas Informáticos em Saúde para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Revisão Sistemática*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia - Universidade do Algarve. Portugal.

## Anexos



**Anexo I**  
**Instrumento de Colheita de Dados**  
**Entrevista semiestruturada**



## UTILIZAÇÃO E EVOLUÇÃO DOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: INFLUÊNCIA NA TOMADA DECISÃO E NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: **Entrevista semiestruturada**

### 1ªParte- Ficha de dados Sociodemográficos

- Idade do entrevistado (anos)
- Género (Feminino/Masculino)
- Formação académica (Ensino pós-graduado: Pós- graduação, Mestrado, Doutoramento, Especialidade)
- Tempo de experiência profissional (anos)
- Tempo de utilização do SAPE (anos)
- Tempo de utilização do SClínico (meses)
- 

### 2ªParte- Perguntas abertas

Bloco Temático	Objetivo	Exemplos de pergunta	Observações
a) Registos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Explorar a importância atribuída pelos enfermeiros aos registos de enfermagem;</li><li>• Compreender a utilidade atribuída pelos enfermeiros à informação gerada pelos registos de enfermagem.</li></ul>	<p>Segundo a sua perspetiva, qual a importância que atribui aos registos de enfermagem para a prática clínica?</p> <p>De que forma utiliza a informação documentada?</p>	

<p><b>b) Reformulação dos Sistemas de Informação em Enfermagem/ CIPE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender qual a perspetiva dos enfermeiros sobre o processo de reformulação dos SIE no seu ambiente clínico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar oportunidades/limitações associadas à reformulação e utilização dos SIE;</li> <li>- Explorar vantagens/desvantagens associadas à reformulação e utilização dos SIE.</li> </ul> </li> <li>• Compreender qual a perceção dos enfermeiros em relação à utilização da CIPE: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explorar vantagens/desvantagens associadas à mudança de versão da CIPE;</li> <li>- Explorar oportunidades/limitações associadas à mudança de versão da CIPE.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tendo por base a sua experiência, como avalia o processo de reformulação do SIE no seu ambiente clínico?</p> <p>Qual a opinião que tem sobre a CIPE?</p> <p>Como avalia a evolução da CIPE nas diferentes versões que integram quer o SAPE (versão Beta 2) quer o SClínico (versão 1), dado que há alterações substantivas nas suas estruturas?</p> <p>Esta evolução trouxe vantagens para o processo de conceção e visibilidade dos cuidados que presta?</p>	<p>Formação sobre o SClínico;</p> <p>Funcionalidade do aplicativo;</p> <p>Possibilidade de discussão do processo de enfermagem a partir de uma linguagem classificada;</p> <p>Conceção de cuidados de enfermagem;</p> <p>Oportunidade associada à utilização da CIPE (permite facilitar a conceção de cuidados; visibilidade aos cuidados de enfermagem).</p>
<p><b>c) Evolução SAPE – SClínico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar quais as principais mudanças introduzidas pelo SClínico, relativamente ao SAPE;</li> <li>• Explorar a perspetiva dos enfermeiros sobre a influência das mudanças introduzidas pelo SClínico na tomada decisão em enfermagem;</li> <li>• Compreender como as mudanças introduzidas influenciam a qualidade dos cuidados de enfermagem;</li> </ul>	<p>Quais as principais mudanças que observou com introdução do SClínico, comparativamente ao SAPE?</p> <p>Como avalia a mudança efetuada com a introdução do SClínico, comparativamente ao SAPE?</p> <p>De que forma as mudanças referidas interferem na tomada de decisão em enfermagem?</p> <p>Avalia estas mudanças como potenciadoras da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem?</p>	<p>Alterações a nível:</p> <p>Estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-grafismo,</li> <li>-modo de navegação;</li> <li>-registo de informação -acesso aos conteúdos; -tempo gasto na realização dos registos;</li> </ul> <p>Conteúdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Parametrização;</li> <li>- Atividades diagnósticas;</li> <li>-fenómeno/ diagnóstico de enf.;</li> <li>- Sugestão de diagnósticos</li> </ul>

<p><b>d) Melhoria e desenvolvimento do SIE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar sugestões para a melhoria e desenvolvimento do SIE</li> </ul>	<p>A partir da sua experiência como utilizador do SClínico, tem alguma sugestão que gostaria de partilhar com vista a uma otimização da sua utilização, quer tendo em vista a estrutura em si, quer na perspetiva dos conteúdos disponíveis?</p>	<p>Estrutura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidade do SIE;</li> <li>- Acesso aos conteúdos;</li> <li>- Modo de navegação;</li> <li>- Eficácia na consulta da informação.</li> </ul> <p>Conteúdos disponíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação das atividades diagnósticas;</li> <li>- Adequação /pertinência dos diagnósticos de enfermagem disponíveis na parametrização dos conteúdos;</li> <li>- Resumo mínimo de dados;</li> <li>- Conteúdos disponíveis permitem dar resposta/visibilidade à decisão clínica/cuidados prestados.</li> </ul>
<p><b>e) Reflexão sobre a Entrevista</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação da entrevista pelo entrevistado</li> </ul>	<p>Há alguma coisa que gostaria de acrescentar?</p>	



## **Anexo II**

### **Matriz de Redução de Dados**



## MATRIZ DE REDUÇÃO DE DADOS

### CATEGORIA I- UTILIDADE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

Subcategoria	Indicadores	Freq.	Unidade de Contexto	Entrevista
Gestão e Qualidade em Saúde	Tornam visível a prática clínica dos enfermeiros e os ganhos em saúde	8	"( Os registos) são fundamentais porque eles reproduzem a prática que nós fazemos. Só pode haver bons registos se houver boa prática e é aquilo que numa análise retrospectiva permite ver aquilo que fizemos, comparar, reformular (...)"	EnfC
			"É de extrema importância. É o que me permite registar o que eu faço."	EnfI
			"É o que permite ver a evolução ou degradação do estado clínico do doente."	EnfI
			"Os registos de enfermagem? Acho que são uma parte muito importante do nosso trabalho, porque é através do registo de enfermagem que podemos avaliar a evolução das crianças, no meu caso, internadas na pediatria."	EnfJ
			"Os enfermeiros são os únicos que estão à cabeceira do doente 24h por dia e se não somos nós que fazemos os registos mais completos, mais pormenorizados (...) muitas vezes não se consegue detetar situações importantes (...)."	EnfG
			"São fundamentais. Sem registo eu posso trabalhar. Eu posso prestar os cuidados aos meus doentes, só que não tenho depois a evolução, não está refletido em lado nenhum os cuidados e a evolução do doente."	EnfM
			"São relevantes para tudo. Desde o analisar o que foi feito, analisar aquilo que deveria ter sido feito e pode ser melhorado"	EnfP
			"A primeira é no sentido de melhorar a prática clínica, de os fazer refletir sobre tudo aquilo que fizeram e os ganhos que o doente teve com as intervenções que os enfermeiros fizeram."	EnfQ
Promovem a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	2	"De resto, tenho a noção perfeita de que deveríamos tirar muito mais proveito dos registos que os enfermeiros fazem, nomeadamente para a (...) avaliação dos indicadores do próprio serviço. "	EnfP	
		"Deveriam também ser importantes para alguma estatística ao nível de ganhos em saúde (...)"	EnfA	
Suporte à avaliação individual de desempenho dos enfermeiros	2	"De resto, tenho a noção perfeita de que deveríamos tirar muito mais proveito dos registos que os enfermeiros fazem, nomeadamente para a avaliação da performance individual de cada enfermeiro (...)."	EnfP	
		"Depois temos a questão da avaliação, que os registos também servem para isso, não sendo o objetivo principal, neste momento, até com a questão do SIADAP, nós temos que ir buscar os registos para a concretização da avaliação."	EnfQ	
Suporte à gestão dos recursos humanos	1	"Considero que são muito importantes, porque é uma forma de eles contabilizarem que cuidados de enfermagem, em termos de tempo e de qualidade, são necessários para o doente. (...) Através dos registos é que eles conseguem saber o que uma pessoa faz em cada turno e contabilizar, mesmo para o rácio enfermeiro/utente o tempo que se gasta. (...)."	EnfD	

Prestação de cuidados (Prática Clínica)	Suporte à tomada decisão	4	"Eu basicamente além de seguir aquilo que está no plano de cuidados, também tenho que o atualizar se achar necessário, mas no fundo é logo um guia condutor, porque assim que o doente entra é feito o plano de cuidados no sistema informático."	EnfA
			"Consultando o que foi feito para tentar dar seguimento aquilo que está planeado, dando continuidade ou alterando e reformulando, se entender que o plano não está adequado à realidade que encontro. Mas isso não quer dizer que quem esteve antes fez mal, mas sim que a situação do doente é dinâmica e pode haver rutura completa com o que está para trás."	EnfC
			"Procuro sempre ver os registos antes de fazer o plano, antes de ver o doente. Procuro sempre ver o registos de enfermagem para ter uma noção da evolução do doente e do estado dele [utente], motivo do internamento, porque é que o doente esta cá, evolução e mediante isso, o que é que eu posso ou não fazer"	EnfF
			"Utilizo (...) para a avaliação do doente, para perceber a história do doente. Na minha área é muito importante, (...), os antecedentes todos das nossas utentes e os antecedentes familiares e é através do SClínico que nós podemos ir buscar toda a informação e informação correta. Dai a necessidade dos registos serem os mais completos possível (...) para depois conseguir ter todos os dados que pretendo e que são essenciais para a minha planificação de cuidados."	EnfG
	Ajudam no planeamento dos cuidados de enfermagem	2	"Os registos são muito importantes, na medida em que nos permite esquematizar o nosso plano de cuidados (...)"	EnfA
			"É o que permite planear os diagnósticos, atividades de forma a maximizar os cuidados ao doente."	EnfI
	Promovem a Continuidade dos Cuidados de Enfermagem	3	"Os registos de enfermagem têm diversas finalidades. Todas elas importantes e não podem ser descuradas. Uma delas é a continuidade de cuidados."	EnfG
			"Ora, também é através dos registos que nós podemos deixar informações absolutamente validas para que os colegas possam continuar os cuidados que esse doente tem necessidade. Mesmo após a alta é absolutamente fundamental, no caso do doente precisar apoio da comunidade e dos serviços de saúde primários, é fundamental que haja registos, obviamente, daquilo que foi feito e que ele irá continuar a precisar. Acho absolutamente fundamental."	EnfN
			"Os registos de enfermagem têm acima de tudo e como principal objetivo a continuidade dos cuidados, não é?! (...) Assegurar que toda a informação do doente tem continuidade de turno para turno e inter-equipas"	EnfP
	Facilitam a Transmissão da Informação	1	"Os registos são muito importantes, na medida em que nos permite (...) também a transmissão de informação, que oralmente nem sempre se consegue transmitir, fica sempre tudo registado por escrito."	EnfA
Valor ético-legal	Servem de prova documental/legal	4	"(...) é aquilo que numa análise retrospectiva permite ver aquilo que fizemos, (...) quer depois até no aspeto legal, se realmente chegarmos a extremos desse ponto, de processos disciplinares, processos-crime."	EnfC
			"São relevantes para tudo. (...) Até última instância em processos crimes para nos salvaguardar e defender aquilo que fizemos."	EnfC
			"Depois temos as questões legais, que também são importantíssimas. Nós estamos aqui com um doente e é importantíssimo fazer o registo daquilo que observamos, daquilo que medimos, daquilo que avaliamos. Porque senão a nossa atuação passa a ser negligente. Se não está registado aquilo que eu vi e aquilo que eu fiz, então eu não fiz, eu não vi, eu não observei, eu não estive com o doente. O que não é verdade, nós sabemos que os enfermeiros estão atentos a tudo o que os doentes fazem."	EnfG
			"E também tem outras questões, nomeadamente as legais, às quais nós somos obrigados a dar resposta."	EnfP

CATEGORIA II- PROCESSO DE MUDANÇA SAPE-SCLÍNICO

Subcategoria	Indicadores	Freq.	Unidade de Contexto	Entrevista
Gestão do processo de mudança	Défice de liderança institucional	3	"(...) mas no início era muito confuso. Acho que a forma como foi feita a passagem não foi a melhor."	Enfl
			"Dentro do meu hospital?!... Bem eu acho que a transição foi muito, mas muito mal conduzida. (...) Mas acho que foi um processo que foi mal conduzido, não foi planeado(...)"	EnfP
			"Portanto, acho que devia ter sido um processo melhor conduzido (...) Teve que cada um, e nós como grupo, tentamos nos organizar de forma a dar resposta aos objetivos, que são os objetivos dos registos de enfermagem, mas tivemos que nos organizar. Acho que nesta matéria a instituição e o próprio grupo que lidera isto a nível nacional devia ter tido um papel diferente daquele que teve."	EnfP
	Ausência de suporte por parte de um grupo de acompanhamento	2	"Isto é um processo complexo e também exigia muito acompanhamento nos serviços e nas dinâmicas dos serviços e nem sempre foi possível isso por variadíssimas razões e aquilo que entrou mal, seguiu mal. (Silêncio)"	EnfC
			"Eu acho que implicava a criação de um grupo de trabalho na instituição que tivesse apenas vocacionado para a área dos registos e que acompanhasse os serviços na sua implementação, até porque as chefias também têm as suas dificuldades. Alguém que refletisse sobre os sistemas, que olhasse para cada serviço e em conjunto com os colegas que lá trabalham o que é que é mais importante para aquele serviço e não. Apesar da formação que se fez, tentar sistematizar mais ou menos para todos da mesma maneira, não é isso que está a acontecer."	EnfQ
	Período do ano inadequado para desencadear o processo de mudança	1	"(...) foi numa época de férias, recordo-me perfeitamente. Foi numa época de verão e que estava muita gente fora e as pessoas quando vieram, viram um programa informático completamente diferente."	EnfP
	Nível de adequação da formação	14	"As formações que fizeram para nos explicar o novo sistema informático também acho que não foi o ideal. Tivemos apenas uma única formação(...)"	EnfD
			"Em termos de formação para o sistema que estamos a usar agora, na minha opinião, ainda tivemos a formação o ano passado, ela foi precária. Ela foi precária em termos de qualidade e de quantidade. Vão havendo atualizações, mas às vezes nós não somos informados e quando houve esta última versão, a formação a que pelo menos eu assisti não foi adequada à minha prática clínica, ao meu dia-a-dia."	EnfG
			"Foram 3 horas de uma formação a correr. (...) Não, não é suficiente!"	Enfl
			"Lá está, nós passamos de um sistema para o outro em 24h, de um turno para o outro houve a passagem baseada numa formação de 3 horas, em que foi "bombardear" informação, em que a gente chegou ao final de meia hora e não conseguiu continuar a reter, porque era muita coisa nova e ninguém tem capacidade de estar 3 horas a ser bombardeada com informação e a ver alguém a mexer num computador. Até porque tudo que seja mexer no computador, eu falo por mim, eu tenho que mexer para aprender, não consigo estar a olhar e depois vou a seguir e faço, não dá. Para mim, não dá. Tenho que mexer para aprender, para ser intuitivo para mim. Ver alguém a mexer no PowerPoint, a apresentar slides... eu não aprendo assim! Posso aprender se é só um passo, mas quando são muitos, sem ter tempo para treinar, não dá, não entra."	Enfl
"Foi uma coisa que não foi muito bem-feita, prontos! Nós tivemos uma formação, uma pequena formação, muito antes do SCLínico ser iniciado, entretanto tivemos que começar e tivemos que ir por tentativa e erro, não é!?"			EnfJ	

Gestão do processo de mudança (cont.)	Nível de adequação da formação (Cont.)		<i>"Eu não sei como foi nos outros serviços, mas nós fomos 2 fazer a formação, no dia que houve a introdução do sistema viemos os dois e tivemos que reformular tudo e as outras pessoas não percebiam nada do assunto. Portanto, as coisas não correram assim muito bem. Ainda hoje há muitas pessoas que continuam com dificuldades e acabam por não fazer o plano corretamente, ou seja fica tudo amarelo como se fosse uma vigilância."</i>	EnfK
			<i>"Eu acho que a formação foi muito, muito escassa e esse momento de formação foi, está muito longe de ser, aquilo que deveria ser"</i>	EnfP
			<i>"(...) porque é tudo uma coisa nova e muitas vezes também não nos é fornecida formação suficiente sobre as atualizações. E pronto, vamos preencher aquilo quase intuitivamente. Não tivemos nada, ninguém nos disse, ninguém nos deu formação teórica ou formação mesmo prática sobre aquilo. (...) De um dia para o outro, houve uma nova atualização e vamos lá perceber as diferenças quase..."</i>	EnfE
			<i>"Formação houve! Agora se foi adequada? Penso que não! Uma formação houve, mas eu das vezes que houve mudanças foi chegar cá (...) e estar tudo mudado e depois desenrasca-te! Foi um bocado isso! Foi isso que eu senti em todas as fases... ou tive azar ou... Foi isso que aconteceu. Considero que era preciso mais formação e tempo para as pessoas se adaptarem, para perceberem as alterações antes de estas serem implementadas."</i>	EnfF
			<i>"Depois, o que se verifica é que com alterações que o SClínico foi sofrendo ao longo do tempo, aí as coisa complicaram-se. Aí as coisas complicaram-se. Porquê? Porque muitas vezes aqui na nossa instituição, o SClínico sofreu alterações e as pessoas não tiveram tempo para estar com pormenor a ver que alterações que foram efetuadas, foi na prática do dia-a-dia (...). As alterações que foram surgindo, que foram sendo disponibilizadas, não houve formação, as pessoas vão tendo contacto com essas alterações à medida que vão precisando. E é diferente as pessoas terem tempo, terem o computador à frente, estarem focadas no sistema e a fazerem as coisas como devem ser (...)"</i>	EnfN
			<i>"Houve formação em sala de reunião com a equipa toda, com uma exposição através de diapositivo e nessa altura houve dúvidas e que foram esclarecidas mediante a informação que se disponha na altura, mas penso que a interiorização da informação foi mais na prática do dia-a-dia e fomos sempre esclarecidos quando tivemos dúvidas."</i>	EnfB
			<i>"Foi dada formação mais do que suficiente, assim as pessoas a tivessem aproveitado."</i>	EnfC
			<i>"A formação? Foi repetida à exaustão, desde quase formação explicador particular, com várias ferramentas para simplificar, tentando fragmentar as coisas para as pessoas as perceberem."</i>	EnfC
			<i>"Formação, dentro daquilo que é minimamente exigido, acho que no meu serviço até foi havendo várias sessões de esclarecimento, em que eram reuniões abertas em que as pessoas podiam colocar as dúvidas. Não sei se terão sido as suficientes ou não, mas considero que isso resulta da prática de cada um e de como depois as pessoas colocam a formação em prática."</i>	EnfO
			Período de treino inadequado	1
	Nível de adequação do período de adaptação	3	<i>"Não tivemos (...) tempo mínimo para nos adaptarmos. Foi basicamente de um dia para o outro que começamos a utilizá-lo."</i>	EnfA
<i>"A alteração do SAPE para o SClínico, neste serviço foi faseada, houve um período em que fomos trabalhando com os dois em simultâneo e tentando transportar os dados de um para o outro (...) Mas houve uma fase de transição"</i>			EnfB	
<i>"Foi uma mudança um bocadinho... Não sei se brusca é a palavra mais correta?! Ou seja, foi uma mudança muito rápida e deram-nos muito pouco tempo de adaptação ao novo sistema e ainda foram algumas alterações significativas. Eles deram-nos poucos dias e a partir de "X" data, e a partir daí, tivemos que trabalhar com o novo sistema. O tempo de adaptação e de integração de um sistema para o outro não foi o mais adequado."</i>			EnfD	

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Gestão do processo de mudança (cont.)	Apoio sentido por parte de "peritos"	2	"A alteração do SAPE para o SClínico(...), sempre que tínhamos dúvidas, pedíamos ajuda a uma colega que foi formada, ou que estava mais ligada à parametrização, e que nos tirava todas as dúvidas. O que não conseguíamos esclarecer na hora ficava escrito e ela também tinha o cuidado de se esclarecer e informar junto de outras pessoas que penso que estariam mais à vontade com o sistema."	EnfB	
			"(...) depois as responsáveis do serviço, 2 ou 3 colegas que eram os elos de ligação, tiveram uma formação mais aprofundada e depois iam-nos dando formação nos turnos. Nós quando tínhamos dúvidas perguntávamos a essas colegas."	EnfD	
	Estratégias de gestão não compreendidas pelos enfermeiros (intervenção sem utilidade clínica)	2	"A certa altura o que nos quiseram dizer foi que há isto e isto, estes fenómenos que temos que colocar obrigatoriamente e que seria para simplificar. Eu não concordo com isso, nesse aspeto não concordo! Temos que levantar o risco de queda sem que o doente tenha risco de queda? Risco de úlcera de pressão e o doente não tem esse risco? O que eu aprendi na escola é que vamos levantar fenómenos que sejam necessários. Então o simplificar entra por aí?! Devíamos só por mesmo aquilo que é necessário. Pomos isto porque é para corresponder a X normas que nós temos, que a instituição tem e que a Acreditação defende, mas que depois somos obrigados a por para toda a gente, quando era completamente desnecessário..."	EnfE	
			"Nós colocávamos o risco de queda, mas nunca colocávamos o risco de Úlcera de Pressão na Pediatria, à partida não acontece, é muito raro. Claro que agora fomos obrigados e ter que seguir aqueles passos, a preencher aqueles itens todos, às vezes torna-se complicado."	EnfJ	
	Recursos humanos insuficientes (enfermeiros)	5	"(...) porque obriga a pensar e duas pessoas sozinhas a trabalhar não têm tempo para pensar."	EnfC	
			"O problema é que os rácios são menos bons (...)"	EnfC	
			"Agora, em termos de prática, no serviço, aí começaram os problemas... Era muita alteração, muita informação para as pessoas assimilarem e as pessoas com pouco tempo e em número reduzido nos serviços. Nessa altura... nessa altura, seria benéfico estar um elemento a mais por serviço dedicado aos planos e ir rodando a equipa, e ia vendo como era, como não era. E bastaria ficar com os doentes que tinham entrado no turno."	EnfN	
			"Tem a ver com questões de escassez de recursos que não dá. Não é compatível ter muitos doentes, poucos recursos humanos para trabalhar e um novo aplicativo, um novo SClínico, digamos assim, para explorar ao máximo."	EnfN	
				"Na minha realidade e no serviço no qual estou enquadrado às vezes não é muito fácil, porque o número de enfermeiros que estão a trabalhar nem sempre é o suficiente para que a gente possa dedicar-se um bocadinho mais à parte dos registos e ao sistema informático em detrimento dos cuidados aos doentes."	EnfO
	Aspetos relacionados com o SIE (SClínico)	SIE (SClínico) requer uma nova forma de raciocínio clínico	4	"A capacidade que nós, que a equipa teve para acompanhar o novo raciocínio, porque é um novo raciocínio, nós fomos de certa forma habituados a raciocinar em determinado sentido e de um ano para cá obrigaram-nos a raciocinar em sentido contrário, o que não é fácil. Talvez para as pessoas com menos tempo, porque ainda não estavam muito adaptadas ao outro, há mais facilidade de adaptação a uma situação nova, para mim e claro para outras colegas do mesmo tempo, reconheço que foi um bocadinho difícil de começar a raciocinar em sentido contrário."	EnfB
"(...) e o problema é que as pessoas tiveram sempre um pezinho atrás a esta versão porque ela é mais complicada, a outra já a sabiam decorado, esta têm que pensar, as coisas não estão lá decore."				EnfC	
"Até mesmo porque a forma de pensar na passagem do SAPE para o SClínico é muito diferente."				EnfI	
"Neste momento, já esta mecanizado o SClínico, se calhar se tivesse que voltar ao SAPE já me ia custar, mas a forma de pensamento é diferente do que a que tínhamos no SAPE e no início era muito confuso. Dar uma entrada de um doente era muito confuso, porque o nosso pensamento estava formatado de outro modo. Tivemos que mudar a forma de pensamento e mal tivemos tempo para isso."				EnfI	

Aspetos relacionados com o SIE (SClínico) (Cont.)	Parametrização muito rígida dos conteúdos do SClínico, não respondendo às necessidades do serviço	2	<i>"A forma como ele nos é apresentado é estanque. O hospital não pode intervir em diagnósticos. O hospital não pode intervir em intervenções. Aquilo é assim e não há volta a dar. Pode apenas propor... Analisar e propor sugestões."</i>	EnfC
			<i>"Na formação acabamos por ter alguma discussão em relação a isso, mas estava tudo muito direcionado para ser daquela maneira e não houve uma grande abertura para nós conseguirmos definir alguma coisa, tendo em conta a especificidade de cada serviço."</i>	EnfH
	SIE (SClínico) com uma estrutura de navegação complexa e pouco "amigável"	1	<i>"(...) ou então, chegam ali [os enfermeiros], quase em cima do fim do turno, vão fazer registos e depararam-se (...) com um SClínico que está lentíssimo, com montes de informação, com monte de coisas para preencher e obviamente as pessoas não tem tempo não preenchem"</i>	EnfN
	SIE com atualizações frequentes	1	<i>"O que é hoje, amanhã já é um bocadinho diferente e por isso mesmo as pessoas também se queixam porque está em constante reformulação, porque está em construção. Não é uma experiência piloto, porque isto é para ficar, mas é experimental e, portanto, está em construção"</i>	EnfC
	Promove Reflexão constante sobre as práticas	1	<i>"Deu origem a muita reflexão interna e continua a dar, porque há coisas que... (...) Continuamos a reunir e a discutir..."</i>	EnfC
Discussão em equipa sobre a definição do resumo mínimo de dados de enfermagem específico do serviço	2	<i>"Sim, houve (...) a nível dos diagnósticos e intervenções mais adequadas para cada serviço, quer as colegas do puerpério, quer as colegas da ginecologia, viram qual eram as intervenções mais adequadas e foi discutido em equipa qual eram as que se deveriam por em cada situação, para a patologia pela qual a doente era internada, fundamentais em termos de registo e isso houve acordo mutuo da equipa, para vermos quais as que iriam ser as mais adequadas e que se deveria por mesmo em termos de frequência da avaliação das intervenções de enfermagem"</i>	EnfD	
		<i>"No serviço houve reuniões. Há uma colega no serviço que é responsável pelo SClínico que deu algumas dicas, como é que as coisas deveriam ser feitas. (...) Depois dessas reuniões há uma maior uniformização do plano dos cuidados."</i>	EnfK	
Aspetos pessoais relacionados com os enfermeiros	Aspetos Motivacionais	2	<i>"As pessoas aderiram mal porque o sistema veio numa altura muito má, uma altura caótica que o hospital estava a passar e neste contexto as pessoas viram como mais um problema e não mais uma ferramenta (...)"</i>	EnfC
			<i>"Mas também não há assim muito esforço para aprender [utilizar o SIE]."</i>	EnfK
	Iliteracia informática	1	<i>"Eu acredito que para as pessoas mais velhas que nunca lidaram com o computador, que seja extremamente difícil"</i>	EnfK
CIPE enquanto estrutura de linguagem comum de suporte ao SIE (SClínico)	Valorização da CIPE	5	<i>"Tudo o que seja uma linguagem classificada e que permita a toda a gente falar a mesma linguagem independentemente se é CIPE, ou outra coisa qualquer, seja o que for, para mim o mais importante é que todos falemos a mesma linguagem."</i>	EnfC
			<i>"É uma linguagem classificada, eu percebo que se tenha que ter, não é? Para que um determinado fenómeno tenha a mesma explicação em todo o lado, tenha a mesma definição em todo o lado. Que uma intervenção se possa compreender da mesma maneira"</i>	EnfE
			<i>"As definições são uma mais valia para nós, porque estamos todos a transmitir a mesma informação. Utilizamos a mesma linguagem."</i>	EnfJ
			<i>"Assim... Eu acho que... A CIPE é importante. Eu acho que é extremamente importante haver uma uniformização, uma linguagem única, não é?! Em que todos realmente falamos da mesma forma permitindo uma continuidade, uma uniformização. Todos a falar a mesma linguagem."</i>	EnfL
			<i>"Eu acho que o princípio pelo qual apareceu a CIPE é um princípio correto. Quanto mais nós conseguirmos universalizar a linguagem melhor. (...)"</i>	EnfO

<p>CIPE enquanto estrutura de linguagem comum de suporte ao SIE (SCLínico) (Cont.)</p>	<p>Formação insuficiente sobre a taxonomia da CIPE e conceção de cuidados</p>	<p>11</p>	<p><i>"Eu penso não ter recebido informação suficiente mesmo a nível da CIPE em si. Eu sei funcionar com o SCLínico perfeitamente e compreendo a forma de utilização, mas o que está por trás daquelas intervenções, daqueles diagnósticos, acho que não houve formação suficiente a esse nível."</i></p>	<p>EnfA</p>
			<p><i>"Bem.... Eu CIPE tive o contacto durante o curso e depois acabei por ter contacto durante o tempo que tivemos alunos no serviço, para estar mais atualizada, mas depois acabei por não ter a noção da evolução."</i></p>	<p>EnfH</p>
			<p><i>"Não tive formação, tudo o que tive foi trabalho de casa. E às vezes não é fácil, porque ao ser trabalho de casa há elementos da equipa que, ou por não ter disponibilidade ou porque não tem tanto interesse, não fazem este trabalho de casa e não é fácil lidar com isso."</i></p>	<p>EnfI</p>
			<p><i>"Mas acho que existe pouca formação... ou melhor, atualização. Eu sei que da nossa parte também deve haver uma pesquisa, mas como no nosso trabalho temos tanto que fazer, deixamos isso um pouco de lado, mas acho que se fizessem atualizações periódicas sobre a CIPE, para nós seria importante."</i></p>	<p>EnfJ</p>
			<p><i>"Acho que fomos muito pela nossa pesquisa e pela nossa capacidade de perceção das alterações. Acho que a formação seria importante para conseguirmos acompanhar estas alterações. Para realmente percebermos a evolução a nível do próprio pensamento."</i></p>	<p>EnfJ</p>
			<p><i>"Aí foi um investimento pessoal. Aí os enfermeiros tiveram que fazer um investimento pessoal. Considero que uma formação inicial deve vir da escola, mas que depois seria importante haver atualizações, formações até institucionais. Mas isso lá está, tem muito a ver com a importância que as pessoas atribuem aos registos."</i></p>	<p>EnfN</p>
			<p><i>"Agora eu não sei até que ponto os enfermeiros entraram bem nesse esquema. Eu acho que ainda foi das coisas que nos passou um bocadinho ao lado como enfermeiros. Não sei se a formação que tivemos em termos académicos se terá sido a suficiente, se foi só uma pincelada e não se aprofundou bem os temas."</i></p>	<p>EnfO</p>
			<p><i>"Se calhar vou acabar por me repetir um bocadinho, mas acho que nós ainda funcionamos um bocadinho com aquilo que aprendemos em termos de escola. As coisas foram evoluindo e se calhar não se acompanhou muito essa evolução. Daí ainda haja algumas pessoas que tenham muitas dificuldades em entender o processo de pensamento."</i></p>	<p>EnfO</p>
			<p><i>"Não, não tem havido atualização [formação] e depois há um grupo de pessoas pensantes, algures em Portugal, que pensa isto muito no âmbito académico, não é? Mas, depois essa transmissão, essa mudança de paradigma do pensamento não é difundida, porque a estrutura neste momento é diferente. Esta mudança de paradigma de pensamento não tem sido transmitida de uma forma transversal e sistematizada. No fundo, os colegas tem sido um bocadinho autodidatas e daí depois esta disparidade de registos, porque cada um acaba por fazer uma leitura diferente (...)."</i></p>	<p>EnfQ</p>
			<p><i>"A CIPE é um manancial de informação, em que muitas vezes as pessoas acham que é uma coisa e não é, porque eu acho que a maior parte das pessoas não tem a formação suficiente em CIPE. (...) A minha opinião pode estar associada ao facto de o meu curso de base não foi programado para a CIPE, a minha licenciatura não foi com base na linguagem CIPE. Nós utilizávamos NANDA, NIC e NOC e a linguagem NANDA é diferente da Linguagem CIPE. Então no início custa imenso (...)"</i></p>	<p>EnfI</p>
<p><i>"(...) [CIPE] Que não é muito bem utilizada por muita gente! Por muitos colegas, temos muitos colegas que complicam... (...) Acho que houve evolução, houve uma evolução favorável, mas a formação não acompanhou a evolução."</i></p>	<p>EnfP</p>			

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

CIPE enquanto estrutura de linguagem comum de suporte ao SIE (SClínico) (Cont.)	Complexidade e dissonância dos conceitos da CIPE	1	<i>"Uma definição que muitas vezes a gente traz da escola não é a que está na CIPE e não é igual à parte médica, o que também causa confusão. Porque o que é uma definição CIPE, está lá, está descrita, só que muitas vezes não é igual, e então isso muitas vezes dá confusão com a parte médica e mesmo nós achamos que é uma coisa e por vezes não o é. Não acho que seja a linguagem mais clara possível. Tem mil e quinhentas coisas, porque acho que é extenso demais e acho que se tornou extenso e a nomenclatura não é a mais adequada."</i>	Enfl
	Dificuldades geradas pela evolução nas diferentes versões da CIPE	1	<i>"Se calhar por não ter formação suficiente, parece mais confusa a própria classificação, além da utilização mas principalmente alguns diagnósticos que mudaram, que não consigo compreender tão bem como no anterior."</i>	EnfA
	Conceções de cuidados distinta entre os enfermeiros de diferentes unidades de saúde	1	<i>"O que eu verifico, efetivamente, é que a forma como eu registo no meu hospital é diferente da forma como o enfermeiro X regista no hospital dele. Isso é o que verifico. A CIPE ainda está longe de uniformizar a linguagem de enfermagem. Porque as pessoas começam a confundir tudo e começam a querer por tudo no sistema, querem começar associar normas que outros hospitais não associam e a linguagem é diferente... a linguagem é diferente!"</i>	EnfN
	Necessidade de melhoria na aplicabilidade da CIPE	1	<i>"(...) o princípio em si, de em qualquer lado, a qualquer hora, para toda a gente que realiza a mesma intervenção, ser possível documentar de forma igual, sendo percebida por todos da mesma maneira. Haver uma linguagem comum... Eu acho que isso é um princípio correto. Mas em termos de aplicabilidade??? Se calhar ainda não está a ser... Se calhar ainda podemos melhorar..."</i>	EnfO
	Linguagem não compreendida pela equipa multidisciplinar	2	<i>"Considerando e vendo que a linguagem CIPE é uma linguagem classificada própria dos enfermeiros e considerando que os registos de enfermagem não são só para os enfermeiros, a linguagem CIPE apesar de ter evoluído para melhor, a linguagem CIPE é uma linguagem que não é compreendida por toda a gente e eu acho que isso é uma dificuldade. Acho que é uma dificuldade. Acho que quando nós inserimos os registos de enfermagem numa equipa multidisciplinar, acho que não deviam ser só os enfermeiros a receber formação para entender a linguagem CIPE. Apesar de ela ter evoluído favoravelmente, no sentido da compreensão de outros grupos profissionais (...)"</i>	EnfP
			<i>"(...) e mesmo a parte médica queixa-se porque a nomenclatura que a gente usa não é a correta e que tendo em conta que trabalhamos todos para o mesmo, para o bem-estar do doente, a nomenclatura devia ser igual, para que a intercomunicação fosse mais fácil."</i>	Enfl

CATEGORIA III- ALTERAÇÕES INTRODUZIDAS PELO SCLÍNICO EM COMPARAÇÃO COM O SAPE

Subcategoria	Indicadores	Freq.	Unidade de Contexto	Entrevista
Relacionadas com os conteúdos disponíveis no SIE (S-Clínico)	Melhoria associada à atividade diagnóstica	8	<i>"Em relação às atividades diagnósticas e os diagnósticos sugeridos, acho que facilitam, sem dúvida. Eu tenho uma lista, avalio aquela situação, avalio outra, vai-me gerar ou não um diagnóstico, podendo apenas gerar um foco de atenção. É mais fácil... Não me obriga a pensar tanto."</i>	EnfB
			<i>"A mudança que puseram agora é radical. É partir das atividades diagnósticas que eu chego ao diagnóstico, que do meu ponto de vista esta correto, porque eu avalio e com os mesmos critérios, eu ou outra pessoa, chegaremos ao mesmo diagnóstico."</i>	EnfC
			<i>"Considero que é uma mais-valia. Os diagnósticos de enfermagem estão bem definidos, as intervenções já estão associadas ao diagnóstico que se foi buscar, não é!? Cada serviço já tem parametrizado quais e isso poupa-nos muito tempo, em vez de tu estares à procura em cada doente, tens ali, tens aquelas intervenções específicas, isso poupa-nos tempo."</i>	EnfD
			<i>"De uma forma, que eu até acho mais fácil, dá um bocadinho de trabalho no início, porque nós vamos pelo avaliar, pelas atividades diagnósticas e depois o próprio sistema informático vai ajudar a escolher o diagnóstico mais corretamente. Nesse aspeto, acho que ficou melhor."</i>	EnfE
			<i>"Os diagnósticos serem sugeridos facilita-nos um bocado a vida, acaba por ser um bocado mais intuitivo, acho eu, não é?! Nós dantes tínhamos que procurar. Agora já temos atividades mais frequentes do serviço, isto facilita-nos de facto muito. Mas também se calhar de acontecer uma que não seja muito frequente no serviço, não é, já não é assim tão fácil."</i>	EnfK
			<i>"Com a introdução dos diagnósticos sugeridos, considero que melhorou porque diminuiu a margem de erro, porque o sistema delimita-te, tu não podes chegar ali e por o que bem te apetecer, não é! Tem que haver um maior cuidado na análise e o sistema acaba por te dar os passos por onde tu deves seguir."</i>	EnfL
			<i>"Considero que é uma mais valia. Permite facilitar o processo de enfermagem porque estão lá os diagnósticos mais frequentes. Ainda existem alguns diagnósticos que têm que ser trabalhados, assim como intervenções de forma a transparecer o trabalho que temos, principalmente com os pais a nível do conhecimento, o ensinar, o instruir e o treinar."</i>	EnfM
			<i>"Foi mesmo a mudança de paradigma de pensamento, da introdução das atividades diagnósticas e do diagnóstico sugerido."</i>	EnfQ
Desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços	7	<i>"O SClínico não é específico para cuidados intensivos, ele esta a nível geral. Segundo o que nos foi informado, teve uma reflexão com peritos de diversas áreas que se juntaram, foram analisar o que estava no SAPE, os diversos tipos de diagnósticos, intervenções, fizeram uma análise de conteúdo e chegaram à versão que nós temos. Ela não é específica de cuidados intensivos e para aqui causou-nos algum desconforto em algumas áreas que não dava resposta às nossas necessidades e tivemos que ir algumas vezes por caminhos travessos para chegar lá. Se bem que me dizem que está uma versão pronta a ser implementada e que vai contemplar tudo aquilo que nós propusemos específico de cuidados intensivos. A forma como ela nos chega não é a ideal para cuidados intensivos, dá para fazer, mas não é o ideal. Tem várias lacunas, até de âmbito geral. Agora é um início, é um processo... Esperamos por melhores dias... Que venha mais adaptado à nossa realidade."</i>	EnfC	
		<i>"Em algumas coisas acho um bocadinho incompleto, enquanto a especificidade de cada serviço. Na área da gravidez, noto isso principalmente, há muitas intervenções que nós fazemos e que não são especificadas e por isso não são contabilizadas. Não é? Principalmente, porque tudo que nós fazemos é quantificado por aquilo que registamos no computador. Há áreas muito específicas da gravidez, nomeadamente a parte dos abortamentos, que têm muito poucas intervenções e nós fazemos muito às senhoras e às vezes para se conseguir ver o número de enfermeiros necessários e do tempo que gastamos em cada intervenção, aí ainda está um bocadinho à quem. É claro que nas anteriores, como nós podíamos fazer algumas alterações e introduzirmos intervenções,</i>	EnfD	

Relacionado com os conteúdos disponíveis no SIE (S-Clinico) (Cont.)	Desadequação dos conteúdos parametrizados face às especificidades dos serviços (Cont.)		<i>nesta tu não podes, é o que está predefinido, a não ser que ponhas umas notas a associar alguma coisa, umas notas gerais, se não, não tens maneira de dizer que foram feitas certas intervenções a não ser em notas gerais."</i>	
			<i>"Eu faço uma consulta de Diabetes para as Gravidas, que em termos de SClínico não tenho absolutamente nada. Tudo o que eu faço de ensinios registo em notas gerais. E eu, numa primeira consulta, perco cerca de meia hora com cada doente, que não consigo registar!"</i>	EnfD
			<i>"Neste momento, são uma mais-valia, embora ache que faltam várias coisas. Não acho que esteja completo, embora já esteja mais intuitivo, neste momento. Eles dão e tem uma lista de diagnósticos para a gente, mas acho que estão um pouco reduzidos tendo em conta a minha área de intervenção, para além disso há vários que nós nem se quer usamos. Ou seja, há uma lista, e dessa lista há 3 ou 4 que eu uso, o resto tenho que abrir como foco, não existe como diagnóstico. Daquela lista tem 4 ou 5 no máximo, o resto tenho que abrir tudo como foco. Há vários em falta que são importantes para atividade do dia-a-dia."</i>	EnfI
			<i>"Como a Pediatria tem umas características muito específicas, em algumas normas e intervenções específicas, e o SClínico não está adequada à pediatria. Nós temos acesso a algumas intervenções em que aparecem normas que não tem nada haver com a pediatria. E uma pessoa tem que estar sempre a clicar que não, "não quero isto!", e aparece uma chamada de atenção "quer salvar o seu registo sem salvar a norma?" e temos que clicar que queremos, o que não é correto, mas por muito que uma pessoa diga e avise e notifique "isto não está adequado à pediatria!", continua a estar igual."</i>	EnfJ
			<i>"Por exemplo, em termos da especialidade de reabilitação, essa atualização ainda não foi feita aqui no hospital. Ainda não conseguimos ter tudo aquilo que precisamos, ou seja, o ideal. Ainda há intervenções que deveriam estar disponíveis e associadas a diagnósticos de enfermagem que ainda não estão. Mas isso é um trabalho, que como é assim um bocadinho específico, que diz mais respeito à parte da reabilitação, teremos que nos reunir para fazer essa atualização."</i>	EnfN
			<i>"Sendo que essas questões subjetivas que a gente tem muitas vezes que colocar nos registos, nomeadamente a relação mãe-filho, porque é que esta comprometida ou não... é algo de subjetivo difícil de escrever e de contabilizar (...) Há coisas que eu tenho que escrever em notas gerais. (...) No contexto pediátrico, há coisas que são muito subjetivas e eu não consigo deixar de escrever notas gerais. Eu como gestora tenho alguma dificuldade e faço esse exercício: pôr-me no papel de uma pessoa que não seja enfermeira. Eu vou consultar um processo sem conhecer o doente. Eu quero conhecer este doente, como se eu não o conhecesse. Já fiz este exercício não conhecendo mesmo o doente e acho que sem as notas gerais ainda não conseguimos fazer isso."</i>	EnfP
	Diminuição dos conteúdos disponíveis relativamente ao processo de enfermagem	1	<i>"Tem menos diagnósticos do que o que estávamos habituados. Se é bom? Se eu abrindo um diagnóstico e as intervenções que estão inerentes a este diagnóstico conseguem refletir o que realmente tenho que registar, que eu tenho que evidenciar? Talvez. Embora eu ainda continuo com algumas saudades de alguns diagnósticos anteriores que penso que retratavam melhor o estado do doente, evidenciando o que são as intervenções de enfermagem e a prática de enfermagem."</i>	EnfB
Relacionadas com a estrutura do SIE (S-Clinico)	Lentificação na "navegação" pelo SClínico	4	<i>"Só é pena que neste momento esteja a demorar uma eternidade."</i>	EnfE
			<i>"Ultimamente têm feito muitas atualizações, que tem tornado o sistema mais lento"</i>	EnfE
			<i>"Eu acho que o sistema é um bocadinho lento, e às vezes a consultar, primeiro que a gente consiga abrir alguma coisa, demora um bocadinho, mesmo que agora a nossa única forma de consulta é online. Não temos nada que nos permita consultar de outro modo. E às vezes o computador fica ali a moer, moer, a moer e às vezes a gente quer ver uma coisa tão simples como perceber como tem evoluído o estado de consciência ao longo dos turnos estamos ali 2, 3 ou 4 minutos à espera."</i>	EnfI

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Relacionado com a estrutura do SIE (S-Clinico) (cont.)	Lentificação na "navegação" pelo SClinico (cont.)		<i>"O sistema em si já é lento. O sistema está muito lento. Nas horas de registos, em que existe maior número de pessoas a fazer registos aquilo é medonho. Naquelas horas mais críticas, em que todos os enfermeiros estão a fazer registos, nota-se perfeitamente, roda, roda e não abre as intervenções para uma pessoa fazer registos. É muito difícil fazer registos."</i>	EnfJ
	Estrutura do SClinico pouco "amigável" pelo nº de "passos" para documentar	1	<i>"Por exemplo o registo da dor, pronto é preciso abrir 5 janelas e clicar 11 vezes, eu fiz noite no outro dia e como achava exagerado estive a contar e 1, 2 e no total eram 11 cliques que eram preciso."</i>	EnfE
	Dificuldade na procura de intervenções de enfermagem com menor utilização no serviço	1	<i>"Com este novo SClinico é mais fácil, mas por outro lado(...). Ou seja, as mais específicas são mais difíceis de colocar. Tirando as intervenções associadas à queda, à úlcera de pressão e os autocuidados, nós temos alguma dificuldade em conseguir encontrar uma intervenção em que possamos escrever coisas muito específicas. Por exemplo, no outro dia queria registar as características das secreções de um doente. Utente estava com uma tosse produtiva e queria descrever as características. Até era um doente que estava com febre e que até podia estar associada à expetoração e não conseguimos."</i>	EnfH

CATEGORIA IV- IMPLICAÇÕES DA EVOLUÇÃO DO SIE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Subcategoria	Indicadores	Freq.	Unidade de Contexto	Entrevista
Ao nível do Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem	Maior objetividade na atividade diagnóstica facilitadora da tomada de decisão/processo de enfermagem	5	<i>"Claro, primeiro eu tenho que saber, eu olho e de acordo com aquilo que eu olho, depois há uma grelha pré-concebida que me vai dizer se o doente vai precisar deste ou daquele cuidado e à partida diferentes pessoas a olharem vão chegar à mesma solução. Antigamente um doente era dependente em grau reduzido para uns e moderado ou até elevado para outros, e agora, não quer dizer que isso não possa acontecer mas em princípio não acontecerá."</i>	EnfC
			<i>"São facilitadoras acima de tudo, porque eu identifico um problema no doente e depois o sistema sugere-me as intervenções para aquele diagnóstico que eu encontrei. Se formos a ver ele até retira pensamento, porque ele já me diz o que eu tenho que fazer. Alguém menos experiente, se identificar as atividades diagnósticas certas, que elas estão padronizadas para o serviço, ele vai chegar aos diagnósticos direitinhos sem pensar muito. Antigamente, teria que saber quais são os diagnósticos, agora nem precisa porque o sistema dá-lhe a resposta. Agora, claro que implica outro tipo de raciocínio, por exemplo nos ensinamentos, implica perceber aquela dinâmica, senão nunca mais lá chega."</i>	EnfC
			<i>"Sim isso veio. A gente, mesmo não tendo a consciência, o sistema leva-te a fazer todos os passos do processo de enfermagem."</i>	EnfK
			<i>"Se influencia ou não... Esse tema foi bastante debatido na altura. Eu acho que é um baixo risco de queda, mas a minha colega acha que é um médio risco de queda, mas se calhar eu tenho razão e ela também tem. Isto ajudou de facto a esclarecer. É uma Escala. E permite realmente falarmos da mesma forma, não é?! Portanto, veio uniformizar o processo de enfermagem. Antigamente alguns diagnósticos tinham muito subjetividade e este sistema veio ajudar a uniformizar, a objetivar. Retira-se o "eu acho", o "eu penso". Esses "achómetros" desligaram-se um bocadinho e a nossa decisão é baseada em escalas objetivas, rigorosas e cientificamente testadas. E além disso, o facto de podermos visualizar a avaliação anterior é uma grande mais-valia, porque podemos mais facilmente perceber a evolução do utente e perceber alguma alteração e podemos mudar e planear os cuidados necessários. Por isso, sim... Considero que as alterações do sistema permitiram melhorar a nossa tomada decisão."</i>	EnfM
			<i>"Veio contribuir para a tomada decisão e até para uma tomada decisão mais uniformizada. Acho que nessa matéria foi um acrescento em qualidade. O facto de conseguirmos ter as escalas todas, de trabalharmos todos mais ou menos da mesma forma. Pronto, no fundo uniformiza-mos a forma de trabalhar (...)"</i>	EnfP
	Mudanças percecionadas como não tendo impacto na melhoria da tomada de decisão	5	<i>"Não. Não considero que tenha alterado a minha tomada decisão."</i>	EnfH
			<i>"Então acaba por dificultar a nossa tomada decisão, porque ao ser tão lento acaba por nos dificultar o registo e até o acesso à informação. Na consulta de pediatria, na semana passada, havia médicas que até agora conseguiam ver as vigilâncias que nós registávamos em tempo real, mas que agora nos vinham dizer "Não tenho acesso ao que a enfermeira registou!". Parece que estamos a regredir. Não faz sentido hoje em dia, estar a registar no computador e depois ainda estar a mandar a mesma informação em papel para a médica. Estamos a duplicar a informação."</i>	EnfJ
			<i>"Eu acho que ... Para mim, pela minha experiência, continua igual. Eu acho que não houve assim... Não houve uma grande... Não foi o SCLínico que veio, de certa forma, alterar a minha capacidade de tomar decisões."</i>	EnfL
			<i>"Não. Não. Não considero que interfira. Se calhar, por ainda não ter todas as associações entre diagnósticos e intervenções, acaba por limitar, restringir um pouco. Porque muitas vezes acabam por faltar as intervenções e limita. Mas não considero que tenha alterado a minha tomada decisão."</i>	EnfN
			<i>"Ainda não consegui perceber que isso fosse uma vantagem. Ainda tenho dificuldade em avaliar isso, porque as pessoas ainda continuam, quase de forma automática a fazer as coisas. E esta tomada de consciência do pensamento ainda não está interiorizada, as pessoas ainda continuam a seguir o que o colega faz... o colega fez o plano e o outro segue o plano. Não o atualiza e não pensa nele. Essa atualização, mais do que atualização, é o pensar no estado do doente, muitas vezes não se olha para aquele doente tão real para se fazer essa avaliação. É mais um clique, mais um clique."</i>	EnfQ

Ao nível da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Perceção da qualidade dos cuidados como um resultado complexo	2	<i>“É assim... Em termos de qualidade eu acho que isso tem haver um bocadinho... eles dizem-te aquilo que tu tens que fazer, mas tu tens que ver o doente que tens à frente, não é? E nem sempre aquilo que está prescrito se adequa ao doente. Há sempre coisas que tens que especificar para o doente. E isso depende muito de quem esta a trabalhar e a executar as intervenções de enfermagem, não é? Porque senão então... (...) A maneira como executas os cuidados tem muito a ver com o doente que temos à frente, o tipo de grávida que tens, o tipo de doentes que tens, os cuidados específicos para cada um.”</i>	EnfD
			<i>“Isso é uma coisa muito complexa... A melhoria dos cuidados depende de muitas outras coisas que não só o sistema informático. (...) Mas a melhoria dos cuidados de enfermagem, neste momento, tem problemas diferentes e muito mais complicados de resolver.”</i>	EnfE
	SIE como ferramenta potenciadora da qualidade de cuidados	5	<i>“Sim, foram! Foram, porque também obrigaram, por exemplo, em relação mesmo há organização dos ensinos, obrigaram as pessoas a utilizar escalas, que não utilizavam até agora. Foi potenciadora dos cuidados de enfermagem, disso não tenho dúvidas nenhuma.”</i>	EnfP
			<i>“Eu acho que nos veio facilitar, principalmente em termos de fazer o processo informaticamente”</i>	EnfD
			<i>“Pelo menos, considero que é um alerta, mais específico, para estejamos mais atentos a determinadas coisas que por vezes podiam passar um bocado mais... De uma forma... Como é que eu ei de dizer?... Sem a gente se focar, sem dar a devida importância e agora leva-nos a refletir um bocadinho mais e a pensar “não, deixa-me ver, afinal isto convém ter mais atenção”. Leva-nos a focar mais. Uma chamada de atenção. Diga-mos assim.”</i>	EnfL
			<i>“Sim, em alguns aspetos sim... Quem pensou, quem idealizou este sistema, pensou em enfermagem, não é?! E pensou nas potencialidades do doente e aquilo que o enfermeiro pode fazer para potenciar a capacidade do doente e é isso que nós estamos aqui a fazer (...)”</i>	EnfQ
			<i>“Acho que agora se aposta muito na parte dos ensinos. Acho que há uma preocupação em fazer chegar os conhecimentos que os enfermeiros tem à população (...) Eu acho que a esse nível evoluímos.”</i>	EnfO
	Mudanças não percecionadas como promotoras da qualidade	2	<i>“... Melhoria da qualidade dos cuidados... Eu acho que a qualidade dos cuidados ao doente não é um sistema informático que o vai fazer. O que o sistema informático poderá fazer, é fazer com que a gente consiga consultar mais rapidamente todo o processo do doente para intervir de outro modo. Eu acho que a qualidade dos cuidados não é medida exatamente pelo sistema informático, porque eu acho que nenhum enfermeiro vai trabalhar melhor ou pior, na minha opinião, só porque esta a utilizar um sistema de registos ou outro. Poderá ser mais fácil a consulta. Mesmo em suporte papel, havia métodos que conseguia analisar rapidamente. Agora não me parece que isso vai melhorar a qualidade dos cuidados.”</i>	EnfI
			<i>“Quem pensou, quem idealizou este sistema, pensou em enfermagem, não é?! (...) O problema é que nós não fazemos isso... O trabalhar o ensino, as capacidades, isto é difícil de avaliar, não é?! (...) Isto requer muito tempo, muito tempo.”</i>	EnfQ
	Diminuiu o tempo disponível para estar à “cabeceira do doente”	4	<i>“Neste momento, e se calhar também por pressão das nossas superiores hierárquicas a nossa avaliação visa muito o registo. E o meu registo implica que eu esteja no computador, implica que eu tenha um raciocínio o mais abrangente possível e que consiga especificar os cuidados ao doente o mais objetivamente possível. Isto retira-me tempo junto ao doente. (...) porque eu dispunha de mais tempo para cuidar o doente, para tocar o doente, para falar com o doente, fosse de que forma fosse a comunicação. Neste momento, eu não tenho esse tempo.</i>	EnfB
<i>“Acho que obriga a... acho que as pessoas passam demasiado tempo nos registos. Passam muito tempo nos registos. Acho que para garantir que o cuidado foi efetuado conforme o planeamento as pessoas passam muito tempo no SClínico. Acho que não deviam passar tanto tempo no SClínico.”</i>			EnfP	

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

	Diminuiu o tempo disponível para estar à “cabeceira do doente” (cont.)		<p>“Relativamente ao puerpério e ao recém-nascido, eu acho que precisava de uma reestruturação. Está muito, muito, muito especificado. Bem que já houve uma melhoria em relação ao recém-nascido. Já houve alteração relativamente isso e já melhorou bastante. Mas, mesmo assim, são dois processos que tem que se iniciar, é o da mãe e o do filho. São dois processos contínuos e eu acho que se demora muito, muito muito tempo. Só a nível de processo é muito tempo, num momento em que a mãe necessita de muita ajuda, muito apoio e não dá.”</p>	EnfL	
			<p>“Especificamente no nosso serviço, acho é que é muitíssimo tempo dedicado ao computador. Tu para poderes fazer as coisas no computador passas imenso tempo e pouco tempo, muitas das vezes, com o doente.”</p>	EnfL	
Visibilidade dos Cuidados de Enfermagem	Mantém uma descrição insuficiente da condição de saúde do doente	3	<p>“Eu penso que não, tendo em conta a forma como está a ser utilizado. Eu abrindo um plano de cuidados diz-me muito pouco à cerca daquele doente.”</p>	EnfA	
			<p>“Sinceramente não. Neste momento, se eu fosse uma leiga e conseguisse entrar nesta informação, eu estou convencida que não iria perceber o que o doente tinha, o que tem e o que se prevê e acho que não se consegue ser tão realista tão verdadeiro com a situação clínica do doente. Penso que há muitas intervenções protocoladas ou estereotipadas que não retratam a realidade, mas eu sou obrigada a cumprir aquilo, quer concorde, quer não concorde.”</p>	EnfB	
			<p>“Eu se for a um processo de um doente, e eu estou a falar ao nível do Hospital, (...), muitas vezes tenho dúvidas sobre aquilo que o doente fez. Muitas dúvidas... Quando o doente vem de outro serviço fico com muitas dúvidas do que foi ou não realizado. Eu, por exemplo, se estivesse no exterior e me chega um doente com uma carta, como já me aconteceu, eu não sei o que é que o doente fez.”</p>	EnfN	
	Mantém-se a dificuldade na produção de indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem	4		<p>“No entanto, quando falamos em visibilidade, digamos... dentro de uma instituição, eu não me parece que a mudança do SAPE para o SClinico tenha trazido grandes diferenças, (...) mas ainda não há o uso desses indicadores. E é isso que faz a diferença, não é?!”</p>	EnfP
				<p>“(...) mas penso eu que não estão a ser muito utilizados nesse aspeto (indicadores de qualidade).”</p>	EnfA
				<p>“Mas penso que neste momento estamos muito longe de utilizar essa ferramenta com esse objetivo (avaliação dos indicadores do próprio serviço).”</p>	EnfP
				<p>“Nós não conseguimos ver essa visibilidade, porque não conseguimos criar indicadores. Ao não criarmos... Esta dificuldade de aplicar depois implica que a visibilidade não se mostre. Esta visibilidade não existe.”</p>	EnfQ
	Os registos informatizados não traduzem os ganhos em saúde e a intensidade dos cuidados de enfermagem	4		<p>“Se realmente conseguimos através do sistema informático, que tenham a noção daquilo que nós fazemos? Acho que ainda não, porque senão não havia este rácio tão, tão... Não é? Portanto eu acho que em termos quantitativos eles não o conseguem fazer. Porque há muitos cuidados que não vem mencionados no sistema informático e que tu fazes.”</p>	EnfD
				<p>“Acho que não aumenta a visibilidade. Acho que esta nova versão ainda mostra muito menos o nosso trabalho aqui no serviço. Acho que está muito focada nos ensinos, que fazem sentido, porque diariamente fazemos ensinos sobre tudo, mas depois em termo práticos acaba por não demonstrar todo o trabalho que nós temos. Portanto, se alguém pegar no nosso plano de cuidados acaba por não perceber se calhar que tipo de doente é, ou se calhar tivermos x horas com aquele doente a fazer algum tipo de intervenção acaba por não conseguir transparecer informaticamente o que estivemos a fazer.”</p>	EnfH
				<p>“Eu acho que cada vez mais os programas estão menos direcionados para o doente. Estão direcionados para os indicadores. Indicadores que acabam por não transparecer a qualidade que nós temos aqui, não é?! (...) o computador acaba por não demonstrar a dificuldade que temos e a qualidade de trabalho que prestamos. Não demonstra o nosso trabalho, tudo o que fazemos ao doente. Eu acho que em termos de indicadores está lá. Está tudo definido. Em termos de doente, acho que é o que menos preocupa e acho que vai ser pior.”</p>	EnfH
			<p>“Ainda não vi nada sobre isso. Estatística zero. Dizem que esta versão vai permitir quantificar os cuidados, coisa que o SAPE não permitia. Que vai conseguir quantificar a qualidade dos cuidados de enfermagem e o nosso trabalho... sinceramente não vi nada até hoje. E não sei se existe... pode existir... que tenha visto!? Que tenha passado para a classe trabalhadora, que tem que fazer estes registos!? Não vi nada!”</p>	EnfI	

Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem:  
Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Maior compreensão sobre o processo de enfermagem e a produção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	5	<i>"É assim, houve! Houve uma noção de que as pessoas começaram a compreender o que é um indicador. De por exemplo, a evolução da potencialidade à aquisição do conhecimento e logo a mudança de um estado. Houve evolução nisso e realmente nós compreendemos que do planeamento do cuidado ao término do planeamento, existe uma mudança de estado e houve a compreensão, finalmente, do que é um indicador e o que é a mudança de estado num plano."</i>	EnfP
		<i>" (...) Facilita a percepção por parte do profissional do que é um indicador(--)"</i>	EnfP
		<i>"Sim. Permite-nos mostrar mais e acho que ficamos mais conscientes, porque quando surge a intervenção para avaliar o conhecimento estamos mais atentos aos aspetos que temos que avaliar, ou seja quando eu for reavaliar vou estar focada naqueles itens. Aumenta a nossa consciência profissional tanto no momento da avaliação como no registo, porque aí não é só na passagem de turno que vamos dizer "olha esta senhora já demonstra conhecimento" ou "esta mulher melhorou o conhecimento"... Agora à preocupação em registar. Se tínhamos atribuído um valor 5 a nível de conhecimento, agora vamos atribuir um valor 10. E isso é passível de medir. Esta nova versão traz-nos isso."</i>	EnfG
		<i>"Eu acho que na teoria trouxe vantagens. Eu acho que sim. Houve uma evolução, realmente isto acaba por ser o ideal. Acho que a gente consegue realmente transcrever o processo de enfermagem."</i>	EnfL
			<i>"Espero que sim. (...) Eu ainda não tenho informação sobre, mas esperamos que permita retirar indicadores efetivos sobre os cuidados de enfermagem."</i>
Promove o desenvolvimento disciplinar por via da investigação sobre os cuidados de enfermagem	1	<i>"Agora é claro que, em termos académicos, para quem está a discutir e a analisar os problemas, acredito que é muito mais fácil, a nível estatísticos, em termos de investigação, porque têm os dados todos, nesse aspeto acho que houve uma grande evolução."</i>	EnfO

CATEGORIA V- PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SOBRE A EVOLUÇÃO DOS SIE

Subcategoria	Indicadores	Freq.	Unidade de Contexto	Entrevista
Sugestões a nível do conteúdo	Melhorar os conteúdos a nível das especialidades e das especificidades de cada contexto clínico	5	<i>"Na área de obstetria não está. E mesmo quando vamos à formação de SClínico, os próprios colegas que estão a dar a formação dizem que a nossa área é uma área muito específica e que há coisas que ainda não conseguiram estar introduzidas. (...) Se vais ver em termos de obstetria tens muito pouco... Portanto a sensação que dá, em termos informáticos, é que nós fazemos muito pouco. O que não é a realidade, não é? Principalmente acho que a parte prática até pode estar bem informatizada, a parte de ensinamentos e... Não me parece que esteja no ideal."</i>	EnfD
			<i>"Eu gostava era de ver a parte de enfermagem de reabilitação descrita como disseram que iam por, e como já esteve, embora que penso que era só ao nível da instituição, que fomos nós que parametrizamos na altura.(...). Mas há muita coisa que não conseguimos trabalhar. Pode ser um handicap meu, mas eu já estive a trabalhar com o elo de ligação e realmente há falhas, existem intervenções que não conseguimos colocar e que se tem que colocar em notas corridas."</i>	EnfF
			<i>"Acho que há intervenções em falta. Bastantes intervenções em falta, que são específicas do serviço e que são, e que eram importantes estar lá para nós não termos que andar a escrever em observações"</i>	EnfI
			<i>"Nós podíamos melhorar (...). Acho que era importante direccionar o SClínico para cada especialidade. Assim sim. Em todos os hospitais, os serviços como pediatria, cirurgia, ortopedia, têm procedimentos que são muito específicos. Ajustar as intervenções às especialidades".</i>	EnfJ
			<i>"Além disto, nós aqui temos intervenções muito específicas. Há coisas básicas que não aparecem."</i>	EnfK
			<i>"É assim na minha área de atuação, digamos assim, depois serem feitos estes ajustes que eu já identifiquei e que outras colegas da reabilitação também já identificaram, julgo que vai ser possível as coisas funcionarem."</i>	EnfN
Melhorar o acesso às orientações internas e da DGS		2	<i>"As normas, a forma como as normas são inseridas é má, porque nós não conseguimos filtrar e pôr para cada serviço as suas normas. Se eu quiser por uma norma específica de cuidados intensivos, ela vai aparecer noutra serviço que não tem nada haver connosco. A informação está lá, mas eu não tenho como a chamar só para mim, puxá-la tipo uma só janela, tenho que a ler toda um a um. Eu planeio e depois tenho que voltar a clicar em todos os sítios quando aquilo que eu planeio me deveria automaticamente assumir se eu assim o quisesse. São essas falhas que o sistema tem e que poderiam ser melhoradas".</i>	EnfC
			<i>"Fizeram-se normas da DGS mas eles não as incluíram no SClínico, a DGS e a SPMS não trabalharam em conjunto e normas que a DGS tem aprovado sobre CVC, algália, entubação, para conseguirmos documentar a informação andamos um pouco à volta, quando aquilo devia estar fácil, simples e acessível. Essas coisas é que poderiam ser melhoradas."</i>	EnfC
Eliminar a duplicação de registos e intervenções com significado semelhante		2	<i>"Acho que às vezes... Não é só o SClínico, em associação com outros programas informáticos, nos quais nós também temos que registar dados e às vezes caímos um bocadinho no exagero que às vezes temos que registar a mesma coisa 2 e 3 vezes. É o caso, por exemplo, das glicemias capilares e muitas outras coisas. E muitas vezes, nós próprios, enfermeiros, colocamos intervenções que são muito parecidas e tu acabas por para a mesma coisa escrever 2 e 3 vezes a mesma coisa, não é?! E não sei se a esse nível será possível fazer uma melhoria, isso também já exige alguns conhecimentos em termos informáticos, mas acho que a esse nível, acho que se poderia melhor um bocadinho o sistema. Era importante um trabalho de refinamento. Se calhar encontrar esse sítios onde há duplicação de informação e tentar aprimorar um bocadinho e tentar que a coisa seja mais simples e rápida sem duplicação de informação."</i>	EnfO

			<i>"Não lhe consigo responder a essa pergunta, porque não consigo ter uma estrutura toda. Não estou a ver potencialidade no SClínico de forma a que ficasse fácil o nosso registo, para nós enfermeiros nesta área. Também é muito difícil, porque temos que registar em muitos sítios ao mesmo tempo e muitas vezes temos que registar a mesma informação repetida e repetidamente, porque, por exemplo, a folha de partograma é o que é oficial para registar um trabalho de parto e o parto, mas depois tenho que ir às notas gerais do SClínico dizer se aconteceu alguma coisa, mas que ficou registado em partograma. Depois no ObsCare tenho que registar tudo o que aconteceu durante o trabalho de parto para poder avaliar e medir. É através do ObsCare que sai a avaliação toda da nossa área. Então muitas vezes é frustrante para nós ter que repetir pelo menos 3 vezes a mesma informação e quando não falamos também no livro de de parto, no boletim de vacinas e afins e acaba por se dar descredito ao SClínico na minha área. Isto é uma luta grande entre nós... Uns enfermeiros querem realmente valorizar, porque sabemos que é um registo que está institucionalizado... mas é difícil. Mas não vai de encontro, melhora muito na parte dos conhecimentos é verdade, mas não vai de encontro aquilo que nós pretendemos na nossa área."</i>	EnfG
	Maior adequação das escalas de medidas dos critérios de diagnóstico	1	<i>"Os critérios de diagnóstico que eles decidem. Para nós na ventilação, basta dizer que o doente esta ligado ao ventilador que já é ventilação comprometida, mas se eu chego lá e tiro a ventilação mecânica e deixo só peça em T, isso já não é ventilação comprometida. Eles não são muito precisos entre uma coisa e outra. Umas vezes vão só pelas características da respiração, outras vezes vão pelos títulos que se lhe dá. Ventilação mecânica não invasiva também deveria dar origem a ventilação comprometida. Mas se por paradoxal que fosse, se nós dissemos que tudo o resto esta bem e eu coloco ventilação mecânica não invasiva e não me dá ventilação comprometida, mas se colocar ventilação mecânica invasiva já me dá ventilação comprometida. Por si só, não devia ser só o critério. Acho que são pouco precisos. Não previram os parâmetros ventilatórios que nós registámos e documentámos."</i>	EnfC
	Introduzir as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem	1	<i>"A nível de conteúdos, se calhar especificar as intervenções que não se consegue perceber muito bem, são muito vagas e não se consegue entender muito bem o que realmente pretendem. Por exemplo Gerir Ambiente... é um bocado vago. Teria que ser mais desenvolvido nas atividades que efetivamente a concretizam."</i>	EnfA
	Quadros de vigilância com maior operacionalidade	1	<i>"Há alguns parâmetros, não sei se é algum problema no sistema, (...), mas se por exemplo eu efetuar um penso a um doente, o que nós antigamente tínhamos como um quadro de registo, quer de dimensões, quer de características de exsudado e por aí fora, neste momento eu não consigo aceder a esse quadro, então eu vou ter que associar a uma nota a essa intervenção "executar tratamento", e ao associar uma nota eu vou associar uma nota descritiva e vou fazê-la subjetivamente. Não consigo ser tão objetivo quanto eu poderia ser se utiliza-se parâmetros definidos no quadro. Eu se calhar vou fazer uma abordagem de uma forma, mas a minha colega a seguir fará de uma forma diferente.(...) Existem intervenções que ainda não estão totalmente operacionais."</i>	EnfB
Sugestões a nível da Estrutura	Tornar o SIE mais rápido na "navegação" pelos conteúdos parametrizados	7	<i>"Mas o que é mais urgente, neste momento, é tornar o sistema mais rápido (...)"</i>	EnfE
			<i>"Nós fizemos aqui algumas reclamações, porque não conseguíamos inserir todos os planos. Nós temos uma rotatividade muito grande de utente e temos que dar 12, 13 entradas por dia e era terrível, porque o sistema não saia do sítio."</i>	EnfH
			<i>"Da parte da formação, da própria informática, às vezes o servidor é lento. Demora, está ali a pensar, a pensar claro que isso, também, não há milagres, não é?! Às vezes, há turnos, que naquela hora, deve haver maior número de pessoas a fazer registos e nota-se ali que o sistema fica mais lento"</i>	EnfM
			<i>"Neste momento, nós temos muitos problemas de até funcionamento básico e isso acarreta e desacredita o sistema. As pessoas ficam cansadas de esperar que o sistema abra e depois esta questão destas dificuldades todas do próprio programa fazem com que as pessoas estejam cansadas. Por isso, primeiro acho importante resolver os problemas do sistemas enquanto ferramenta de trabalho, porque se nós não facilitarmos os registos as pessoas não vão aderir e é escusado eu dizer-lhes vamos sentarmo-nos e vamos refletir sobre isto e as pessoas me digam " a gente não tem tempo para registar", " agente tem dificuldade para registar", "o sistema é muito lento, demora muito tempo".</i>	EnfQ

	Tornar o SIE mais simplificado na "navegação" pelos conteúdos ("menos passos") parametrizados	3	<i>"Mas o que é mais urgente, (...) e que o registo seja mais fácil. Portanto, aquela situação de ter uma intervenção e depois responder a uma pergunta "se quero realizar aquela intervenção?" acho um disparate. Porque nós ao clicarmos para a realizar, pressupõem-se que é porque a queremos mesmo realizar. Eu acho que se tem que tornar o mais simples e evitar o que for acessório. Neste caso, acho um disparate ter lá a pergunta a dizer se confirmo."</i>	EnfE
			<i>"Eu acho que ele tem muitos passos agora. O monitorizar a dor que é uma intervenção que a gente faz, tem que fazer sempre, por exemplo é uma loucura. Nós em uma noite estivemos a contabilizar o número de cliques que damos para registar a dor e são 15. É muito."</i>	EnfH
			<i>"Outra coisa, por exemplo na localização de uma ferida, era mais fácil se por exemplo fosse possível fazer pesquisa do local anatómico, em vez de procurar em 20 ou 30 localizações anatómicas. Se for uma ferida abdominal, eu já sei mais ou menos onde esta, mas se for outra localização diferente, ainda se perde algum tempo à procura. Nesse aspeto acho que poderia melhorar."</i>	EnfE
Melhorar o processo de acompanhamento de implementação/utilização do SIE	Investir na formação continua	1	<i>"A não ser que, eu continuo achar que a formação é escassa. Acho que quase que as pessoas continuaram a não ter formação. Acho que é uma nova forma de ver os registos e acho que as pessoas não receberam a formação sobre isso. A esse nível, eu acho que deveríamos melhorar. Eu acho que a instituição deveria investir na formação."</i>	EnfP
	Realização de auditorias regulares ao processo de reformulação e implementação dos SIE	1	<i>"E fazer, como sugestão, deveriam fazer um acompanhamento, auditar os processos, mas depois refletir... uma auditoria com o espírito de ajudar as pessoas a construir um pensamento mais estruturado, para que realizem melhores registos, para melhorar o processo de enfermagem. Ou seja, após uma auditoria aos processos criar estratégias que permitissem colmatar os erros, de forma dar resposta ao objetivo dos registo, que é dar continuidade e espelhar a evolução do doente."</i>	EnfP

**Anexo III**

**Consentimento Informado**



## CONSENTIMENTO INFORMADO

### UTILIZAÇÃO E EVOLUÇÃO DOS SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

#### - INFLUÊNCIA NA TOMADA DECISÃO E NA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Eu, abaixo-assinado .....  
(NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a explorar e descrever a perspetiva dos enfermeiros sobre a importância dos registos de enfermagem, o processo de reformulação do SIE/CIPE, as principais mudanças introduzidas pelo SClínico relativamente ao SAPE e a influência destas mudanças na tomada decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista semiestruturada com registo áudio.

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 de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Autorizo a gravação áudio da entrevista e a sua posterior transcrição e análise de conteúdo.

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

Nome do Participante no estudo:.....

Data

Assinatura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Investigador principal: Susana Maria da Cunha Vieira

Data

Assinatura

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Anexo IV**

**Parecer da Comissão de Ética  
Subcomissão de Ética para as  
Ciências da Vida e da Saúde**





Universidade do Minho

SECVS

### Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde

Identificação do documento: SECVS 066/2016

Título do projeto: *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem - Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem*

Investigador(a) responsável: Professor Doutor Fernando Petronilho e Professor Doutor João Cainé, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho; e Susana Maria da Cunha Vieira, aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade do Minho

Subunidade orgânica: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Hospital da Senhora da Oliveira E.P.E.

### PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde (SECVS) analisou o processo relativo ao projeto intitulado "*Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem - Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem*".

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos, em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde.

Face ao exposto, a SECVS nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 29 de setembro de 2016.

A Presidente

MARIA CECÍLIA  
DE LEMOS  
PINTO ESTRELA  
LEÃO

Digitally signed by MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO  
DN: c=PT, o=Cartão de Cidadão, ou=Cidadão Português, ou=Assinatura Qualificada do Cidadão, sn=DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO, givenName=MARIA CECÍLIA, serialNumber=860145122035, cn=MARIA CECÍLIA DE LEMOS PINTO ESTRELA LEÃO  
Date: 2016.10.04 11:33:23 +01'00'

Maria Cecília de Lemos Pinto Estrela Leão



**Anexo V**

**Parecer da Comissão de Ética  
Hospital da Senhora da Oliveira, EPE**





**Comunicação Interna**

CES

Serviço Comissão de Ética

Data 13.09.2016

Para Centro Académico

**Assunto:** Pedido de emissão de parecer para Projeto de Investigação

Nos termos da reunião desta Comissão de ética, dá-se conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião do passado dia 13 de Setembro de 2016:

A comissão de ética tomou conhecimento do projeto de investigação da Sra. Enfermeira Susana Maria da Cunha, subordinado ao tema "Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em enfermagem - Influência na tomada Decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem", com a coordenação da Sra. Enfermeira Conceição Silva no HSOG e orientador da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho o Professor Doutor Fernando Petronilho. A Comissão de Ética entendeu nada a opor.

Com os melhores cumprimentos,

João Lima Reis  
Presidente da CES



