



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior de Saúde

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**Uma proposta de Padrão de Documentação**

José Raul Sampaio Marques

Viana do Castelo, julho de 2021



**INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO**

José Raúl Sampaio Marques

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
CRÍTICA EM CONTEXTO PRÉ-HOSPITALAR  
Uma proposta de Padrão de Documentação**

**Trabalho efetuado sob a orientação**

Professora Doutora Carminda Morais

Mestre Rui Campos

Viana do Castelo, julho de 2021

## Resumo

Os registos de enfermagem são estruturantes para a melhoria da qualidade em saúde, da valorização e da visibilidade da profissão. Na emergência pré-hospitalar (EPH), os enfermeiros ocupam um papel reconhecido e crucial no Sistema Integrado de Emergência Médica, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER).

O progresso e a melhoria global da enfermagem enquanto ciência na arte do cuidar motivou-nos para o desenvolvimento deste estudo, que decorreu em contexto de VMER onde consideramos os registos de enfermagem determinantes na efetividade, na continuidade e na qualidade dos cuidados à pessoa em situação crítica.

Visa-se com este estudo mapear a documentação dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Crítica na EPH, analisar as potencialidades e condicionamentos dos padrões existentes na perspetiva dos utilizadores e peritos em estreito diálogo com a produção científica atual e construir uma proposta de padrão documental dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em EPH.

A sua realização teve lugar na região norte de Portugal. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. A recolha dos dados foi realizada em duas fases. Numa primeira através de observação participante em duas VMER do Norte, com recurso a notas de campo e duas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros ao serviço. Numa segunda fase com recurso a um *focus group* constituídos por oito peritos informantes estratégicos das VMER do Norte (seis) e dois peritos em parametrização, linguagem e taxonomia CIPE aplicada aos sistemas de informação. A análise da informação recolhida foi desenvolvida com recurso à técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2011). Todos os procedimentos formais e éticos inerentes ao estudo foram considerados.

Os resultados demonstram que, nas VMER, os registos de enfermagem quase não existem, apesar dos cuidados prestados poderem ser traduzidos em linguagem padronizada, agregados ao sistema hospitalar de informação em saúde, sistematizados numa abordagem estruturada pela metodologia “ABCDE” do trauma do *American College of Surgeons e da Emergency Nurses Association* e assentes, genericamente, nas etapas do Processo de Enfermagem. Pelo contributo dos participantes percebemos que a utilização de um padrão documental estruturado, simples e amigável do utilizador poderá vir

a contribuir para o início dos registos nesta área e assim melhorar a continuidade, a qualidade dos cuidados prestados, a segurança do utente e a visibilidade da profissão.

Com a futura implementação deste Padrão Documental agora construído, esperamos contribuir para a melhoria dos registos de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica nas VMER, assente numa estratégia que oriente e simplifique a elaboração destes registos.

**PALAVRAS-CHAVE:** registos de enfermagem, emergência pré-hospitalar, pessoa em situação crítica

## **Abstract**

Nursing records contribute largely to the improvement of quality in health, bringing value and visibility to the profession. In pre-hospital emergency (PHE), nurses play a crucial part in the Medical Emergency Integrated System when it comes to assuring nursing care to the patient in a critical situation. As an example of this, we have the Major Emergency Response Vehicle (VMER).

The evolution and overall improvement of nursing as a science in the art of caring has motivated us to develop this study. It took place in a VMER context, in which we consider the records to be major determinants in the efficiency and quality of care to the person in need.

In this study, we are looking to map the documentation available in terms of care provided to the subject in a Critical Situation in PHE. We are also focused on analyzing the assets and liabilities of the existing patterns, through formal conversations with users and experts in the current scientific production, in order to create a standard document proposition for nursing care to the Subject in a Critical Situation in a PHE context, which, in the nurses' perspective, will allow a very noticeable improvement in the care that follows.

The study, which took place in the north of Portugal, is centered on a qualitative approach, from a descriptive and exploratory perspective. The data gathering took place in two different stages. Firstly, it happened through the observation and participation in two VMER units, followed by two semi structured interviews with nurses working on the field. Secondly, we organized a meeting with a group of eight experts from the six VMER units in the north region and two parameterization, language and ICNP taxonomy experts. After being gathered, the intel was analyzed according to the content analysis technique defined by Bardin (2011). All the ethical and formal procedures were thoroughly respected.

The results show that nursing records practically don't exist in VMER units, even though the care given can be expressed and translated to a patterned language known as the "ABCDE" trauma method from the American College of Surgeons and Emergency Nurses Association. The contribution of everyone involved made us realize that the existence of a simple and structured document pattern may contribute largely to the visible improvement in the quality of care provided, as well as the safety of the subject and, finally, the visibility of the profession.

We hope to contribute to the improvement of nursing records when it comes to caring for a patient in a critical situation in a VMER unit with the implementation of a strategy that will, not only guide, but also simplify the elaboration of these records.

**KEY WORDS:** nursing records, pre-hospital emergency, person in a critical situation

## **Agradecimentos**

Esta dissertação acaba por ser o resultado de muitas horas de reflexão, leitura e trabalho individual, mas também da amável colaboração e contributo de múltiplas pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram possível este percurso agora finalizado.

Assim gostaria de agradecer:

À Professora Doutora Carminda Morais e ao Mestre Rui Campos, pela partilha de saberes, disponibilidade e profissionalismo. A vossa ajuda, persistência e clarividência em momentos estratégicos foram preponderantes.

Aos colegas do VI Curso de Mestrado, aos Enfermeiros participantes no estudo e ao papel nuclear do Pedro nos contributos e conhecimentos, na disponibilidade, humildade e franqueza que me permitiram desconstruir, refletir e crescer neste ecossistema complexo.

Ao Conselho de Administração, Direção de Enfermagem, Centro Académico e de Formação e Comissão de Ética do Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, pela autorização e permissão para a realização deste trabalho.

À Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave – Hospital Narciso Ferreira, a toda a Equipa de Enfermagem e ao Dr. Salazar Coimbra pela flexibilidade, paciência e apoio inexcedível com que sempre me presentearam ao longo de todo o percurso.

À VMER de Guimarães e a toda a sua extraordinária equipa que me acolhe há quase 20 anos. Não é por acaso que é a melhor VMER do mundo e arredores.

A todos os meus amigos, especialmente ao Andrade pela amizade, inspiração e força no caminho que nos cruza e impele há mais de duas décadas.

À minha família, muito em especial ao avô Raúl, à Leonor e ao Miguel. Obrigado por me terem escolhido.

Ao João, à Mariana e à Íris por serem, intemporalmente, o meu Coração, o meu Cérebro e os meus Olhos.

A ti Teresa, simplesmente por estares aqui agora e sempre, em todos os momentos da minha vida. A resiliência é toda tua. Fazes parte de mim!

**A Todos Muito Obrigado!**

*O progresso é impossível sem mudança.*

*Aqueles que não conseguem mudar as suas mentes não conseguem mudar nada.*

**Bernard Shaw**



## SUMÁRIO

INDICE DE FIGURAS.....	XI
INDICE DE QUADROS .....	XI
ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS .....	XII
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1 – DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR .....</b>	<b>5</b>
1 - A EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: CUIDAR NO LIMITE .....	6
1.1 - Breve revisão histórica.....	6
1.2 – O “ABCDE” do Trauma – Organização para a prática em EPH .....	8
1.3 – Os Sistemas de Emergência Pré-Hospitalar na atualidade.....	11
1.3.1 – O Sistema em França .....	11
1.3.2 – O Sistema na Alemanha .....	12
1.3.3 – O Sistema no Reino Unido e nos EUA .....	13
1.4 – O SIEM e o INEM na EPH em Portugal.....	14
1.5 - Os Enfermeiros na EPH em Portugal .....	18
1.6 – Competências do Enfermeiro Especialista perante a Pessoa em Situação Crítica .....	19
2 – DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS: GARANTIA DA CONTINUIDADE E DA TOMADA DA DECISÃO CLÍNICA .....	21
2.1 - A Informação em Enfermagem .....	22
2.2 - Sistemas de Informação em Saúde.....	24
2.3 - A Tomada de Decisão em Enfermagem.....	25
2.4 - A Qualidade e os Registos de Enfermagem.....	26
2.5 - Sistemas de Informação em Enfermagem em Portugal .....	29
2.6 - Evolução do SIE Hospitalar: Do SAPE ao SClínico .....	31
2.7 - Centro de Terminologias Clínicas.....	32
2.8 – Ontologia de Enfermagem .....	33
2.9 – I-TEAMS – INEM Tool for Emergency Alert Medical System .....	34

<b>PARTE II .....</b>	<b>36</b>
<b>CAPÍTULO 1 – PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>36</b>
1 – FASE CONCEPTUAL .....	37
1.1 - Seleção e justificação do tema .....	38
1.2 - Considerações sobre a revisão da Literatura .....	40
1.3 - Questão de investigação, finalidade e objetivos .....	40
2 – FASE METODOLÓGICA .....	42
2.1 - Tipo de estudo .....	42
2.2 - Participantes .....	43
2.3 – Instrumentos e técnicas de recolha de dados .....	44
2.3.1 – Fase 1: Observação Participante .....	46
2.3.2 – Fase 2: <i>Focus Group</i> .....	47
2.4 – Organização e tratamento da Informação .....	48
2.5 – Processo de construção da Proposta de Padrão Documental .....	50
2.6 – Considerações éticas na realização deste estudo .....	51
<b>CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>53</b>
3 – OS RESULTADOS .....	54
3.1 – Registos de Enfermagem em EPH: Diagnóstico de Situação .....	55
3.2 – Registos de Enfermagem em EPH: Reflexão de grupo .....	67
3.3 – Construção da Proposta de Padrão Documental .....	89
3.4 – Discussão dos resultados: Pontes para construir o futuro .....	94
4 – A PROPOSTA DE PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO .....	112
<b>CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS .....</b>	<b>122</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>128</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>138</b>
ANEXO 1 – Documentação de pedido e autorização para realização do estudo ao Centro Académico e Comissão de Ética .....	139
ANEXO 2 – Documentação de pedido e autorização para realização de Estágio de observação ao INEM .....	144
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>151</b>
APENDICE I – Observação Participante: Grelha de Observação e Guião de Entrevista.....	152
APENDICE II – <i>Focus Group</i> : Guião de Discussão .....	156
APENDICE III – Observação Participante: Consentimento Informado para Entrevista .....	159
APENDICE IV – <i>Focus Group</i> : Consentimento Informado para Entrevista e Questionário Socioprofissional.....	161
APENDICE V – Observação Participante: Matriz de Análise de Dados .....	164
APENDICE VI – <i>Focus Group</i> : Matriz de Análise de Dados .....	171
APENDICE VII – Padrão Documental – Proposta final .....	186
APENDICE VIII – PREEPH – Protótipo de Registos de Enfermagem em EPH .....	189

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrela da vida .....	14
Figura 2 - Construção do Padrão de Documentação .....	51

## INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização global dos utentes assistidos e das respetivas ocorrências.....	56
Quadro 2 - Intervenções dos Enfermeiros nas ocorrências observadas .....	57
Quadro 3 - Distribuição absoluta e percentual dos participantes nas entrevistas segundo a sua caracterização socioprofissional. ....	58
Quadro 4 – TEMA I - Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH .....	61
Quadro 5 - TEMA II – Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH .	62
Quadro 6 - TEMA III – Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização .....	65
Quadro 7 - TEMA IV – Condicionantes à implementação de um Padrão de Documentação .....	66
Quadro 8 - Distribuição absoluta e percentual dos participantes no <i>Focus Group</i> segundo a sua caracterização socioprofissional .....	68
Quadro 9 - GF TEMA I – Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH .....	74
Quadro 10 - GF TEMA II – Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem .....	79
Quadro 11 - GF TEMA III - Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização.....	84
Quadro 12 - GF TEMA IV - Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação .....	89
Quadro 13 - Procedimentos habituais em EPH .....	90
Quadro 14 - Lista final de Procedimentos da EPH para Padrão Documental .....	93
Quadro 15 - Padrão documental de “A” – Via aérea.....	112
Quadro 16 - Padrão documental de “B” – Respiração.....	113
Quadro 17 - Padrão documental de “C” – Circulação.....	115
Quadro 18 - Padrão documental de “D” – Disfunção Neurológica .....	117
Quadro 19 - Padrão documental de “E” – Exposição .....	118
Quadro 20 - Padrão documental de “F” – Família, Intervenções Focalizadas e Sinais Vitais.....	119
Quadro 21 - Padrão documental de “G” – Dar conforto.....	120
Quadro 22 - Padrão documental de “H / I” – História e Inspeção Posterior .....	121

## ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

### ABREVIATURAS

cit.	Citado
cont.	Continuação
ed.	Edição
p. ou pág.	Página
ndr.	Nota do redator

### SIGLAS E ACRÓNIMOS

<b>ACS</b>	<i>American College of Surgeons</i>
<b>ALS</b>	<i>Advanced Life Support</i>
<b>ATCN</b>	<i>Advanced Trauma Care for Nurses</i>
<b>ATLS</b>	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
<b>BLS</b>	<i>Basic Life Support</i>
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CODU</b>	Centros de Orientação de Doentes Urgentes
<b>CPAT</b>	Catálogo Português de Atitudes Terapêuticas
<b>CTC</b>	Centro de Terminologias Clínicas
<b>ECMO</b>	<i>Extra Corporeal Membrane Oxygenation</i>
<b>ENA</b>	<i>Emergency Nurses Association</i>
<b>EPH</b>	Emergência Pré-Hospitalar
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>GF</b>	<i>Focus Group</i>
<b>ICN</b>	<i>International Council of Nurses</i>
<b>IGIF</b>	Instituto de Gestão Informática e Financeira
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Emergência Médica

<b>I-TEAMS</b>	INEM - <i>Tool for Emergency Alert Medical System</i>
<b>NHS</b>	<i>National Healthcare Service</i>
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PSC</b>	Pessoa em Situação Crítica
<b>REPE</b>	Regulamento Exercício Profissional de Enfermagem
<b>RIS</b>	Rede de Informação da Saúde
<b>RMDE</b>	Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
<b>SAMU</b>	<i>Services d'Aide Médicale Urgent</i>
<b>SAPE</b>	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
<b>SAV</b>	Suporte Avançado de Vida
<b>SClínico</b>	Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares
<b>SI</b>	Sistema de Informação
<b>SIE</b>	Sistemas de Informação em Enfermagem
<b>SIEM</b>	Sistema Integrado de Emergência Médica
<b>SIS</b>	Sistemas de Informação em Saúde
<b>SIV</b>	Suporte Imediato de Vida
<b>SMUR</b>	Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
<b>SNA</b>	Serviço Nacional de Ambulâncias
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SNOMED CT</b>	<i>Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms</i>
<b>SONHO</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>STN</b>	<i>Society of Trauma Nurses</i>
<b>SU</b>	Serviço de Urgência
<b>TNCC</b>	<i>Trauma Nursing Core Course</i>
<b>VMER</b>	Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## **INTRODUÇÃO**

A Enfermagem, hoje enquanto ciência, caracteriza-se pela reflexão, procura e questionar constantes ao desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, numa perspetiva de melhoria contínua do desempenho dos seus profissionais. Como “ciência do cuidar” está presente em múltiplos contextos, cada vez mais exigentes, que nos fomenta tomar decisões baseadas em evidência, uma procura sistemática da melhor resposta ao utente e suas necessidades e assim também um desenvolvimento contínuo e proficiente das nossas competências.

A investigação em Enfermagem assume um papel nuclear no desenvolvimento contínuo dos profissionais e da profissão, com enfoque na melhoria permanente da formação, da autonomia, do desempenho e da tomada de decisão dos seus atores.

No contexto pré-hospitalar, os Enfermeiros convivem com várias particularidades que o tornam peculiar, diríamos mesmo único. Na maioria das vezes quer a atuação quer o desempenho dos profissionais são condicionados pela pressão do tempo e pela necessidade de intervir, corrigir ou estabilizar sem recurso a grandes meios de apoio ao diagnóstico e tratamento em ambientes adversos, situações graves e ameaçadoras à vida ou às suas funções mais nobres.

Nos últimos anos o reconhecimento e a importância da Enfermagem e dos Enfermeiros na emergência pré-hospitalar (EPH) têm registado avanços significativos relativamente à qualidade da assistência prestada, à sua rapidez e eficiência. É notório também o esforço das várias entidades envolvidas em proporcionar assistência adequada nos locais onde o doente crítico mais necessita, com ganhos significativos obtidos por equipas de excelência, da qual fazem parte também os Enfermeiros.

As Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), os Helicópteros de Emergência Médica, as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), vieram trazer segurança rapidez e eficiência na medicalização do socorro pré-hospitalar, com ganhos amplos e significativos na saúde dos portugueses.

A Enfermagem como profissão, neste particular, centra-se no cuidar interdisciplinar em situação crítica, mas também, com particular relevo, na relação da pessoa como um todo (família, grupo e sociedade), bem como numa harmoniosa continuidade de cuidados, imprescindíveis ao sucesso dos eventos críticos em saúde. Espera-se, assim, que os

Enfermeiros nesta área sejam detentores de competências globais de excelência e que incluam de forma harmoniosa e interligada as habilidades científicas, técnicas, relacionais, éticas e morais acima da média. Citando Martins (2009; pág. 175) “faz sentido afirmar que um dos aspetos fundamentais para os Enfermeiros é de caminharem continuamente no sentido da perícia”.

Considerando todos estes pressupostos, um exercício profissional mais reflexivo e de conceção de cuidados, torna-se cada vez mais imprescindível desenvolver os registos de informação e mecanismos próprios para tornar visível o nível dos cuidados prestados. Muito particularmente as questões da continuidade de cuidados e da informação. Desde o virar do século estas são preocupações crescentes dos profissionais de enfermagem. Já em 2006 Silva (pág. 3) referenciava que “o recurso a gerir é a informação primariamente (...) e os Sistemas de Informação (SI) em Enfermagem têm de ser alvo de investigação e reflexão, para que a natureza peculiar dos cuidados de enfermagem não fique invisível no futuro”. Mais recentemente Sousa [et al.] (2019, pág. 152) acrescenta que os registos e a continuidade dos cuidados têm importância significativa na dinâmica dos cuidados de enfermagem uma vez que são aspetos fulcrais nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

Estamos convictos que, nesta linha de progressão, só através da documentação do processo de cuidados, os enfermeiros e a enfermagem enquanto profissão poderão continuar a afirmar-se e a ampliar uma identidade própria, sólida e robusta.

A realização de registos, como parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem, foi um caminho construído na melhoria e na qualidade da prestação dos cuidados, no valor e na visibilidade da profissão. Evidenciam a autonomia e suportam a responsabilidade profissional dos enfermeiros, enquanto fazem crescer valor e riqueza no contributo que fornecem à investigação em enfermagem.

A implementação do Processo de Enfermagem como metodologia científica de sustento à prática de enfermagem, a elaboração de registos com recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), enquanto linguagem comum, permitem sistematizar e quantificar a produção dos enfermeiros. Também o valor atribuído ao desenvolvimento e utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem, como meio facilitador dos registos, da qualidade da informação e da sua visibilidade, têm sido aspetos determinantes da melhoria da qualidade. A Ordem dos Enfermeiros reconhece que o impacto dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde das populações será, cada vez mais, evidenciado através de registos de enfermagem de qualidade.



Nesta lógica, os registos de Enfermagem assumem um papel nuclear e os SI devem, cada vez mais, ser encarados como instrumentos capazes de promover estes objetivos e fortalecer a visibilidade aos cuidados de enfermagem em estatísticas, indicadores e relatórios oficiais de saúde. Devem ainda possibilitar a verificação do seu impacto na criação de valor e ganhos em saúde para a população.

Embora a alta especificidade das VMER e o seu contexto de prestação de cuidados apresente inúmeros fatores externos condicionantes dos cuidados e, conseqüentemente dos registos, os enfermeiros, enquanto sujeitos ativos de excelência no seu exercício profissional, devem mobilizar habilidades e conhecimentos na procura de soluções que viabilizem uma prática de cuidados e de registos com qualidade. Ainda que ao longo dos anos muitos estudos tenham abordado os registos de enfermagem em diversos contextos, a escolha do tema para a realização deste estudo justifica-se por este continuar a assumir-se como um ponto crítico nesta área: a sua ausência na EPH.

Neste contexto de atuação complexa onde a rapidez e a multiplicidade de cuidados exigidos pela pessoa em situação crítica e onde outros atores partilham e abordam o mesmo objeto de atenção, a elaboração de registos torna-se ainda mais preponderante. São veículos privilegiados de partilha de informação em tempo útil para a tomada de decisão clínica e sustento da prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

Assim partindo do contexto problemático da quase ausência registos de enfermagem elaborados em EPH, dos resultados das intervenções não evidenciados, das dúvidas na continuidade dos cuidados e na ausência de estudos e orientações sobre o que devem contemplar os registos de enfermagem nesta área em concreto, consideramos ser esta uma problemática de extrema importância a ser refletida. Emergiu-nos destas inquietações a questão central deste estudo: **Qual o padrão base de registo documental dos cuidados de Enfermagem a adotar, em contexto pré-hospitalar nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, na perspetiva dos Enfermeiros?**

Para procurar responder à questão formulada entendemos delinear os seguintes objetivos:

- Mapear os padrões de documentação utilizados no processo de cuidados à Pessoa em Situação Crítica na EPH;
- Analisar potencialidades e condicionantes dos padrões existentes na perspetiva dos utilizadores e peritos em estreito diálogo com a produção científica atual.
- Construir uma proposta de padrão documental dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na EPH.

A questão central, os objetivos propostos e a pesquisa bibliográfica efetuada sobre a temática conduziram-nos ao desenho do estudo assente numa metodologia com abordagem qualitativa, de natureza exploratória e descritiva. Trata-se de um estudo desenvolvido em duas etapas bem articuladas entre si, em que se utilizou uma estratégia de recolha de informação multi-método que englobou, numa primeira fase, a observação participante com recurso a notas de campo e duas entrevistas semiestruturadas e na segunda fase um *focus group*. Para este grupo foram selecionados seis peritos informantes estratégicos das VMER do Norte e dois peritos em parametrização, linguagem e taxonomia CIPE aplicada aos sistemas de informação. A análise da informação recolhida foi desenvolvida com recurso à técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2011).

Na elaboração deste documento incluímos a pesquisa documental, as reflexões e contributos disponibilizados pelos orientadores e profissionais dos Hospitais e das VMER que se disponibilizaram a ajudar, todos eles essenciais no processo de partilha de conhecimento, construção e desenvolvimento deste estudo.

Para além desta introdução, este é um documento que está internamente estruturado em duas partes e em três capítulos. Na primeira parte, primeiro capítulo é feito o enquadramento teórico dos dois principais conceitos em estudo: Emergência Pré-Hospitalar e Registos de Enfermagem. Na segunda parte, primeiro capítulo é apresentado o enquadramento metodológico do estudo, onde se inclui a problemática e justificação do Estudo, a questão de investigação, os objetivos e as opções metodológicas. O segundo capítulo inclui a apresentação, análise e discussão dos resultados alcançados.

No final, é apresentada uma conclusão onde são evidenciadas as principais conclusões e contributos do estudo, as suas implicações para o contexto de cuidados, conhecimento e investigação em enfermagem, bem como a identificação das limitações inerentes ao estudo e algumas sugestões pertinentes para investigações futuras neste âmbito em particular.

Deste modo, foi possível construir a base de uma proposta de padrão documental para implementação num futuro muito próximo, baseada na evidência produzida com os autores e atores dos cuidados em EPH e simultaneamente reúnem-se os requisitos necessários à nossa qualificação com o grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, pela Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

## **PARTE I**

### **CAPÍTULO 1 – DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR**

## 1 - A EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR: CUIDAR NO LIMITE

Neste capítulo não pretendemos escrever de forma aprofundada sobre a história total e a evolução da EPH em termos mundiais, porque consideramos que diversos autores já o explanaram na perfeição. Antes procuraremos, com esta breve revisão, compreender melhor o papel e o significado dos enfermeiros neste contexto, para melhor entendimento do seu atual enquadramento na EPH da sociedade civil e nos Serviços de Saúde em Portugal.

### 1.1 - Breve revisão histórica

Feito o esclarecimento podemos afirmar que a intervenção de profissionais de saúde fora do âmbito hospitalar é, na atualidade, cada vez mais uma realidade mundial. A EPH está enraizada na história dos seres humanos e das profissões de saúde desde os seus primórdios, embora só no último século se tenha aprimorado em termos de modelos de organização e prestação de cuidados especializados com adaptação e transposição para a sociedade civil, fora dos cenários de conflito.

Os grandes e históricos conflitos militares, com a sua complexidade crescente e a sua abrangência, determinaram o aparecimento dos atuais conceitos e modelos de organização de socorro às vítimas. No início, o modelo da organização, para socorrer as vítimas em cenário de guerra, procurava proporcionar cuidados básicos adequados à sua sobrevivência, ou transportar a vítima para um local na retaguarda, onde lhe pudessem ser prestados os cuidados especializados necessários (Mateus, 2007).

Foi também em contexto de conflito armado que emergiu a mãe da enfermagem, Florence Nightingale. Em 1854, juntamente com outras 38 mulheres de origem britânica, as chamadas *Filles de Charité*, Florence Nightingale colaborou na organização do que viria a ser um hospital para atender cerca de 4000 soldados, durante a Guerra da Crimeia na Turquia, contribuindo para uma diminuição global da taxa de mortalidade de 40% para 2% (Bandeira, 2008).

Durante a guerra civil americana (1861 a 1865) surge, nos Estados Unidos, pela primeira vez o uso de ambulâncias no socorro às vítimas de combate (Benner e Bledsoe, 2006). Neste conflito, referência a uma enfermeira do exército norte-americano, Clarissa Harlowe Barton. Prestadora de cuidados e defensora de um princípio para os feridos na guerra: *treat*

*them where they lie*. Esta enfermeira foi responsável pelo serviço de ambulâncias do campo de batalha e, mais tarde, veio a ser fundadora da Cruz Vermelha Americana, também com papel relevante na assinatura da convenção de Genebra pelos Estados Unidos da América (Benner e Bledsoe, 2006).

Durante a II Guerra Mundial encontramos novo atributo significativo ao papel preponderante da Enfermagem na EPH com a criação das Enfermeiras de Voo *Flight Nurses*, encarregues da assistência médica aos soldados que eram evacuados nos aviões de carga (Coutinho, 2011; Rocha [et al.], 2003). Segundo Malta (2016), citando Gentil (1997) e Rocha [et al.] (2003), nesta altura os Enfermeiros encontravam-se associados às Forças Armadas, desempenhando as suas funções em hospitais de campanha, em bases ferroviárias e bases terrestres pertencentes ao Exército e à Marinha Norte Americana. Às Enfermeiras de Voo era exigida uma formação em Hospitais da Força Aérea, com a duração de seis meses, tornando-se assim especialistas no socorro e resgate de vítimas.

Com base nestes e noutros desempenhos relevantes dos enfermeiros, segue-se uma colaboração cada vez mais impactante nos conflitos seguintes como a Guerra da Coreia, em 1950, com a evacuação em helicópteros da Marinha, e na Guerra do Vietname de 1962 a 1973, onde mais de 5 mil enfermeiros tiveram ação direta no atendimento a mais de 1 milhão de pessoas, entre militares e civis (Coutinho, 2011).

A experiência adquirida durante as grandes guerras conduziram, a sociedade, os sistemas de saúde e a emergência médica civil a incluírem recursos humanos e tecnológicos mais diferenciados permitindo melhorar a abordagem ao doente crítico, em menor tempo. O ano de 1950 torna-se exemplo disso mesmo, pois em Belfast, Irlanda do Norte, é introduzido sob a responsabilidade do Dr. Frank Pantridge cardiologista, a valência de suporte avançado de vida no contexto pré-hospitalar proporcionando, assim, cuidados diferenciados à população de Belfast que até então se encontravam confinados ao território intra-hospitalar. Em 1966, Frank Pantridge e o colega John Geddes colocaram, pela primeira vez, um desfibrilhador automático externo na ambulância de cuidados intensivos em Belfast. Um ano mais tarde demonstram o sucesso da desfibrilhação fora do hospital, feita por médicos e enfermeiros (Benner e Bledsoe, 2006).

Aquilo que hoje verificamos existir na sociedade civil e nos modelos implementados, para o que consideramos como a EPH da era moderna, desenvolve-se essencialmente a partir do último quarto do século XX, absorvidos e transpostos que foram os conhecimentos adquiridos e importados da Medicina de Catástrofe em cenário dos grandes conflitos. Especialmente no continente Europeu e Americano foram sendo implementados Sistemas

de Emergência Pré-Hospitalar alinhavados nas diferentes correntes e filosofias, que mais à frente iremos abordar.

## **1.2 – O “ABCDE” do Trauma – Organização para a prática em EPH**

A necessidade de organizar os cuidados e o cuidar das pessoas em situação crítica remonta, como vimos, aos grandes conflitos militares do século XIX. Também nos profissionais de saúde da era moderna da EPH, desde muito cedo, surgiu a necessidade de cuidar das pessoas vítimas de trauma através de uma abordagem rápida, sistemática e universal utilizando, uma linguagem comum entre os diversos elementos da equipa (American College of Surgeons, 2018). O protocolo de abordagem ABCDE do Trauma, hoje amplamente conhecido e adotado como a mais relevante filosofia organizada na prática de cuidados em Emergência Médica e de socorro às vítimas, emergiu como uma necessidade no seio de uma tragédia.

Em 1976, o Dr. James K. Styner, cirurgião ortopédico de Nebraska e a sua família, sofreram um grave acidente aéreo, no seu avião particular. A queda ocorreu numa área rural e a violência do impacto foi tamanha, o que fez com que a sua esposa tivesse morte imediata e três dos seus quatro filhos sofressem ferimentos graves. Sem ninguém perto para auxiliar ou pedir socorro, o Dr Styner teve que caminhar ferido até à estrada mais próxima. Valeu-lhe um carro que passou e os transportou ao hospital das redondezas. Assim que chegaram, encontraram o atendimento fechado. O médico e os filhos tiveram de esperar mais de 10 horas para serem atendidos. Quando a equipa médica chegou, chamou a atenção do Dr. Styner a inexperiência e distúrbios na abordagem dos profissionais, deixando clara a imperícia do hospital no tratamento de vítimas de acidentes.

A tragédia só não foi maior porque, apesar dos contratempos enunciados, tanto Styner como os seus filhos acabaram por se salvar. Mas este episódio mudou definitivamente o pensamento do médico, que passou a estudar uma abordagem organizada e sistematizada para o politraumatizado. Com a experiência vivida ficou-lhe claro que havia muito a fazer.

Com o Dr. Paul Collicott criou um protocolo de otimização da abordagem ao politraumatizado, que se viria a tornar no Protocolo ABCDE do trauma, hoje conhecido de todos os profissionais da área da Urgência e Emergência Médica. Com o protocolo idealizado, identificada a necessidade de treino dos profissionais, havia que testar e implementar.

Em 1978 já com a *Lincoln Medical Education Foundation*, os Enfermeiros da Equipa Cardíaca Móvel da área de Lincoln, o Centro Médico da Universidade do Nebraska e o

Comité Estadual de Trauma do Nebraska do *American College of Surgeons* (ACS) constroem o primeiro protótipo do Curso de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS®), um formato de educação e formação combinado com palestras, habilidade de salvamento, demonstrações, exercícios de treino e experiências práticas de laboratório. Estava assim dado o mote inicial para uma abordagem integrada e sistematizada de cuidados para indivíduos traumatizados com ferimentos graves e risco de vida. Este protótipo do ATLS foi então testado em campo com os Serviços Médicos de Emergência do Sudeste do Nebraska. O objetivo principal passava, como se disse anteriormente, por reduzir os índices de mortalidade e morbidade de vítimas de qualquer tipo de trauma, visando a organização, sistematização dos cuidados e procedimentos adequados a adotar pelas equipas.

Em 1979, através do seu Comitê Estadual do Trauma do Nebraska, o *American College of Surgeons* editou o protocolo e publicou-o como o ATLS® na sua primeira versão. Foi o início de uma mudança radical na abordagem à vítima politraumatizada, que, em pouco tempo, passaria a ser adotada em vários países do mundo e de uma forma geral em toda a atividade de Emergência Médica Pré-Hospitalar e Hospitalar.

A filosofia de abordagem do ABCDE é composta por 5 etapas, descritas pelas primeiras letras do alfabeto “A, B, C, D e E” onde a avaliação e estabilização inicial da ou das vítimas são os focos principais desta abordagem. As etapas são:

- A** (*airway*) – Via Aérea e coluna cervical;
- B** (*breathing*) – Respiração e Oxigenação;
- C** (*circulation*) – Circulação com controlo de hemorragia;
- D** (*disability*) – Disfunção Neurológica;
- E** (*exposure*) – Exposição com controlo da temperatura.

Com a realização deste primeiro curso ATLS a *Society of Trauma Nurses* (STN) juntou-se ao projeto com a criação da formação em *Advanced Trauma Care for Nurses* (ATCN) dirigida a Enfermeiros das áreas de Urgência e Emergência Médica. Em simultâneo, a *Emergency Nurses Association* (ENA) desenvolveu o curso *Trauma Nursing Core Course* (TNCC) que visou complementar e fornecer também um conjunto de orientações suplementares aos enfermeiros para cuidar da pessoa vítima de trauma nos serviços de urgência pré-hospitalares e hospitalares.

A identificação da mortalidade trimodal no início da década de 80, com os três picos distintos de morte decorrente do trauma, veio reforçar ainda mais a necessidade de implementação da metodologia com medidas rápidas e coordenadas para abordagem

eficaz destes doentes e dessa forma contribuir para a redução das taxas de mortalidade e morbidade.

De acordo com o ACS - *Committee on Trauma*, o primeiro pico apresenta uma prevalência de cerca de 50% de todas as mortes, ocorre normalmente no local do acidente e surge segundos ou minutos após o traumatismo. O segundo pico, com uma predominância de cerca de 30%, ocorre algumas horas após o acidente. Este grupo beneficia de forma acrescida de um atendimento adequado no local e tão precoce quanto possível enquadrado na primeira hora após a ocorrência. Esta *Golden Hour* inicia-se quando ocorre o acidente, não apenas quando a vítima chega à unidade hospitalar (Nunes [et al.], 2009), e é caracterizada pela necessidade de uma rápida abordagem e ressuscitação, medidas que se constituem como princípios fundamentais do ABCDE. O terceiro pico ocorre entre vários dias e semanas após a lesão traumática e a morte decorre, geralmente, de Sépsis ou disfunção multiorgânica.

De acordo com esta filosofia implementada pelo ACS e reforçada pela STN e pela ENA, a avaliação e intervenção primária nas vítimas de trauma deve ser realizada, como já se referiu, utilizando a sequência ABCDE enquanto abordagem inicial ou primária. Esta permite identificar desde logo os problemas que exigem intervenção imediata e estabelece a prioridade nos tratamentos e intervenções a efetuar.

Terminada esta primeira fase composta por 5 etapas a ENA (2014) preconiza uma Abordagem Secundária, com recurso à utilização de uma mnemónica complementar à anterior assente nas seguintes letras do alfabeto “FGH e I”:

**F** - Parâmetros vitais (*Full Vital Signs*), intervenções focalizadas e família (*Family*),

**G** - Promover o conforto (*Give comfort*)

**H** – História (*History*);

**I** - Inspeção das superfícies posteriores (*Inspection*).

Em resumo, poderemos afirmar que esta filosofia de abordagem pormenorizada e sistematizada permite às equipas identificar e atuar sobre todas as lesões críticas presentes (abordagem primária), bem como promover o conforto, prestar apoio emocional e atualizar a história clínica da pessoa (ENA, 2014)



### **1.3 – Os Sistemas de Emergência Pré-Hospitalar na atualidade**

Tomaremos a liberdade de abordar apenas quatro realidades, sendo que outras poderiam ser também estudadas. Optamos por nos referir aos modelos que, de alguma forma, caracterizam e corporizam as duas correntes filosóficas base que influenciaram todos os restantes: o “anglo-saxónico” e o “franco-alemão”. Os outros sistemas de EPH, à exceção do modelo israelita, com mais ou menos mudanças, acabam por ter a sua génese e evolução assentes nestas duas filosofias de funcionamento.

Em jeito de preâmbulo, poderemos afirmar que os modelos hoje implementados de EPH na União Europeia e Estados Unidos da América (EUA) são variáveis entre países, ou mesmo entre estados (EUA) como se terá oportunidade de verificar. A gestão do sistema e os meios utilizados divergem logo quando atravessamos fronteiras.

Particularmente assimétrica é também a condição dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde nesta área. Desde países em que não há praticamente enfermeiros e médicos na via pública (Reino Unido e EUA), até outros em que uma parte significativa da atividade é desenvolvida por médicos e enfermeiros (França, Alemanha e Portugal). Sistemas com e sem Bombeiros, com e sem Cruz Vermelha, sistemas só com paramédicos e sistemas híbridos com modelos de gestão privada e gestão pública.

#### **1.3.1 – O Sistema em França**

Desde 1986 que, em França, o serviço de socorro e a missão dos *Services d’Aide Médicale Urgent* (SAMU) agregado aos hospitais estão descritos. A filosofia do modelo implementado assenta em proporcionar cuidados mais diferenciados no local do acidente, possibilitando a reanimação e estabilização dos utentes em unidades móveis bem apetrechadas e só posteriormente são encaminhados para o hospital. O modelo baseia-se no princípio da estabilização e tratamento do utente no local da ocorrência por uma equipa médica diferenciada e posterior transporte em ambulâncias medicalizadas para a Unidade Hospitalar diferenciada mais apropriada à condição clínica da vítima. Este sistema, na base da filosofia franco-alemã, assenta no princípio de levar a equipa médica ao utente, em oposição à filosofia ou sistema anglo-americano ou anglo-saxónico que adiante retrataremos (Capelas, 2009).

Os SAMU detêm a responsabilidade da formação dos “médicos de emergência”, o controlo central das chamadas de emergência médica e ativam e coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR), constituídos por vários tipos de ambulâncias e helicópteros distribuídos pelos principais departamentos regionais.

As tripulações dos SMUR são constituídas por quatro tipos de equipas, de acordo com as diferentes qualificações e tipo de serviço a prestar. A tripulação base é constituída normalmente por um médico, um enfermeiro e um motorista. Os paramédicos praticamente não existem no sistema francês, implicando uma utilização massiva de médicos e enfermeiros no pré-hospitalar (Bandeira, 2008).

### **1.3.2 – O Sistema na Alemanha**

Globalmente, o Serviço de EPH na Alemanha é um serviço público sob a coordenação e responsabilidade dos diversos estados federais, que por sua vez o podem delegar nos municípios, com recurso à contratação de empresas privadas ou organizações não lucrativas para a sua operacionalização (Capelas, 2009).

Existe um centro nacional coordenador dos pedidos de socorro com uma gestão de chamadas telefónicas assente num sistema integrado de comunicações (*Integrierte Leitstelle*), dos vários estados e comunidades municipais, e funciona com base num algoritmo de triagem por gravidade de situação. Por imperativo legal, existe um médico diretor do serviço de emergência pré-hospitalar por região e/ou município que lidera todo o processo, nomeadamente na elaboração de normas e protocolos a seguir em cada estado federal (Fairhurst, 2005).

Os serviços de emergência pré-hospitalar alemães assentam, essencialmente, em três tipos de veículos e tripulações de socorro, de acordo com as diferentes funções a que se destinam:

- Serviços de Emergência (*Rettungsdienst*) - veículo maior e melhor apetrechado, com tratamento diferenciado no local;
- Serviços de Socorro (*Krankentransport*) - ambulâncias de transporte não urgente;
- Unidades Móveis de Terapia Intensiva (*Intensivtransport*) estacionadas na maioria das grandes cidades. São unidades de transporte para casos de gravidade crítica e para transporte de pacientes entre hospitais que necessitam de cuidados durante o percurso (Fairhurst, 2005).

A tripulação dos veículos de socorro é formada por médicos, enfermeiros e paramédicos, com legislação rígida quanto a normas de orientação e funcionamento, nomeadamente no que respeita à responsabilidade dos médicos como líderes do serviço.

Para além destes três tipos de viaturas da frota terrestre, existe também serviço aéreo composto por uma frota de helicópteros e aeronaves de emergência médica sediadas em cerca de 28 locais pré-estabelecidos. Assentam num sistema de gestão de criticidade que

permite fornecer tripulação adequadamente equipada, médico e enfermeiro para qualquer local de acidente, num prazo máximo de 15 minutos (Capelas, 2009).

### **1.3.3 – O Sistema no Reino Unido e nos EUA**

A filosofia do modelo anglo-saxónico, presente nestes dois países, assenta no princípio de “levar o doente aos meios”. O principal objetivo é, pois, o transporte do doente o mais rápido possível para o hospital que lhe pode dar a melhor assistência, em oposição aos modelos francês e alemão, acima retratados (Dick, 2012).

Assim, aqui, é pouco comum encontrar médicos ou enfermeiros no pré-hospitalar. Ao médico cabe mais o papel de superintender e controlar os protocolos existentes para os diversos tipos de tripulação de paramédicos, de acordo com as competências que lhes são legalmente atribuídas (Capelas, 2009).

No Reino Unido o serviço de emergência pré-hospitalar faz parte do sistema público, o *National Healthcare Service* (NHS), descentralizado em Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales, funcionando nas quatro regiões de forma similar, com serviços próprios e relativamente autónomos, embora coordenados centralmente.

Contrariamente ao modelo anterior, o franco-alemão, onde os médicos e enfermeiros desempenham um papel crucial nestes serviços, no Reino Unido a tripulação de socorro é normalmente constituída por paramédicos, técnicos de emergência médica, muito poucos enfermeiros e raramente utilizados.

Os EUA adotaram, também, este modelo centrado, essencialmente, na atividade dos paramédicos, “de levar a vítima ao hospital” em oposição ao modelo franco-alemão de “levar o hospital à vítima” (Dick, 2012). Para além de poucos médicos e enfermeiros que trabalham em serviços mais especializados, nomeadamente de socorro aéreo, o sistema pré-hospitalar nos EUA não incorpora, por rotina, médicos ou enfermeiros na sua estrutura.

A tripulação mínima exigida nas ambulâncias é de dois profissionais de emergência, um Técnico Básico de Emergência Médica e um Paramédico, normalmente para responder aos casos de *Basic Life Support* (BLS) ou dois Paramédicos para os casos classificados de mais agudos e só em situações muito extremas é que médico ou enfermeiro são solicitados para constituir tripulação nas viaturas de socorro terrestres (Krohmer e Brennan, 2005).

Estas viaturas, na sua maioria, são identificadas em todo o país pela “Estrela da Vida”, símbolo internacional da emergência médica pré-hospitalar.

**Figura 1 - Estrela da vida**



Fonte: INEM, 2013

### **1.4 – O SIEM e o INEM na EPH em Portugal**

Atualmente caracterizamos a EPH pelo atendimento urgente e emergente ao doente crítico fora do ambiente hospitalar, (Santos, 2010). Assumindo-se, como uma atividade na área da saúde, que engloba a intervenção no local onde ocorreu a situação de emergência até ao momento em que se conclui a intervenção dos profissionais do pré-hospitalar, ou seja, a transferência da vítima para uma instituição de saúde adequada, para o tratamento apropriado à situação clínica da vítima (INEM, 2019)

Em Portugal, os últimos 50 anos caracterizaram-se, como sabemos, por uma construção e solidificação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que teve a sua génese na década de 70 do século passado. Particularmente no que à EPH diz respeito o resultado do nível de exigência da sociedade e dos seus cidadãos, da necessidade de uma resposta mais célere e eficiente aos eventos críticos em saúde e do rápido avanço do conhecimento, fruto da investigação científica e do desenvolvimento de novas tecnologias levaram à necessidade, a exemplo do que acontecia também noutros países, da organização do nosso Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). As determinantes atrás descritas foram pilares estruturantes para a sua implementação nacional.

Em 1965 é dado em Portugal o primeiro passo para a implementação da assistência Médica Pré-Hospitalar, altura em que foi criado em Lisboa um serviço de prestação de primeiros socorros a vítimas de acidentes na via pública. Este serviço era ativado através de um número de socorro, o 115, que ligava diretamente à Polícia de Segurança Pública, entidade responsável pela triagem das chamadas e posterior encaminhamento dos meios de socorro para o local da ocorrência. Assim, nesta fase a EPH baseava-se unicamente em ambulâncias tripuladas por elementos da Polícia de Segurança Pública, sem formação específica na área da emergência médica, com papel único de transporte dos doentes críticos até ao hospital mais próximo (Mateus, 2007).

O poder político executivo na altura, apesar de fragilizado, estava consciente da necessidade de melhorar a assistência Pré-Hospitalar, uma vez que esta se resumia basicamente à recolha e transporte dos doentes até à unidade hospitalar mais próxima, com uma rede de cobertura de socorro ainda muito reduzida. Em 1971 é criado, no Ministério do Interior e da Saúde e Assistência, o Serviço Nacional de Ambulâncias, que tinha como principal objetivo “assegurar a orientação, a coordenação e a eficiência das atividades respeitantes à prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respetivo transporte”. Foram criados os postos de Ambulâncias do Serviço Nacional de Ambulâncias, dotados com ambulâncias medicalizáveis, equipamento sanitário e de telecomunicações e entregues à colaboração da Polícia de Segurança Pública nas cidades de Lisboa, Porto, Coimbra e Setúbal. Nas restantes áreas, as ambulâncias foram entregues a corporações de bombeiros (INEM, 2013, pág. 15).

A rede de emergência conheceu assim alguns avanços, já que foram distribuídos meios técnicos e materiais bem como meios humanos mais capacitados e com alguma formação específica para a tarefa a desenvolver. Contudo, a elevada sinistralidade existente consciencializou as autoridades para a necessidade emergente de desenvolver e capacitar a rede de emergência médica com meios mais sofisticados que permitissem dar uma resposta mais eficiente às ocorrências e, sobretudo, facilitar a articulação entre as diferentes entidades envolvidas na rede.

Em 1980, através da Resolução nº 84 do Conselho de Ministros de 11 de março é criado o Gabinete de Emergência Médica que tinha como principal objetivo desenvolver e coordenar um SIEM para Portugal (INEM, 2013, pág. 15).

Em 1981, pelo decreto-lei 234/81 e tutelado pelo Ministério dos Assuntos Sociais e da Saúde é criado o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) enquanto “organismo coordenador das atividades de Emergência Médica a executar pelas diversas entidades do sistema”. O Serviço Nacional de Ambulâncias, até então tutelado pelo Ministério da Defesa, passa a integrar também o INEM. Este herda, fundamentalmente, as redes de telecomunicações (115) e de transporte (ambulâncias disponibilizadas aos bombeiros e PSP) que cobriam o território nacional.

Em 1982, considera-se então o início do SIEM coordenado pelo INEM na tentativa de enquadrar em Portugal os cuidados de saúde em situações de catástrofe, urgência e emergência, acompanhando o desenvolvimento crescente do conhecimento e da medicina no mundo. Este desenvolvimento foi especialmente direcionado para as áreas de Emergência Pré-Hospitalar e Inter-Hospitalar.

O SIEM define-se como um conjunto de ações coordenadas, de âmbito pré-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, que resultam da intervenção ativa e dinâmica dos vários componentes do sistema de saúde nacional, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. Compreende toda a atividade de urgência/emergência, nomeadamente o sistema de socorro pré-hospitalar, o transporte, a receção hospitalar e a adequada referenciação do doente urgente/emergente (INEM, 2013).

Para a concretização dessa missão, assumiu-se para o INEM e para o SIEM uma visão baseada na capacidade de resposta a todas as situações de emergência médica com competência técnica, profissionalismo e em tempo útil (Ministério da Saúde, 2010).

O INEM passa assim a ser o organismo do Ministério da Saúde responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM, que corresponde ao conjunto de entidades que cooperam com o objetivo de prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita; que tem por missão a prestação de socorro desde o local da ocorrência, o transporte assistido dos doentes para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do sistema (INEM, 2019).

Henriques (2009) explica-nos que os serviços de urgência hospitalar devem ser tomados como uma peça fundamental num sistema de saúde pública, não devendo, por isso, alhear-se do que se passa com os doentes da verdadeira urgência antes da sua chegada ao hospital. Só o hospital está em condições de dar apoio a esses serviços pré-hospitalares quer através das equipas médicas de reanimação, quer participando ativamente no planeamento dos serviços de urgência a nível regional.

A Emergência Médica faz parte, hoje, de uma nova conceção de cuidados de saúde específicos, caracterizada por um conjunto de ações na área da saúde, que abrangem todos os procedimentos efetuados no local da ocorrência, até ao momento em que se inicia ou dá continuidade ao tratamento na unidade de saúde adequada, contando para tal com inúmeros intervenientes (Mateus, 2007)

O principal interveniente é o INEM, que tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento de um Sistema Integrado de Emergência Médica de forma a garantir, aos sinistrados ou vítimas de doença súbita, a pronta e correta prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 34/2012).

É ainda atribuição do INEM assegurar a articulação com os Serviços de Urgência dos estabelecimentos de saúde, no que respeita a:

- Prestação de cuidados de emergência médica em ambiente Pré-Hospitalar, nas suas vertentes medicalizadas e não medicalizadas, e respetiva articulação com os serviços de Urgência/Emergência;
- Referenciação e transporte de Urgência/Emergência;
- Receção hospitalar e tratamento urgente/emergente;
- Formação em Emergência Médica;
- Planeamento civil e prevenção;
- Rede de telecomunicações de Emergência. (INEM, 2013)

Desde o início da implementação do SIEM que o INEM foi então, de forma faseada, o responsável pela implementação e alargamento de meios de socorro pré-hospitalar a toda a população em território nacional. A criação do número nacional de socorro 112, a implementação das ambulâncias de transporte de doentes e a medicalização do socorro com a implementação das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), dos helicópteros de Emergência médica e a das ambulâncias SIV foram marcos decisivos no crescimento e solidificação quer da medicalização do socorro quer do Instituto. Por outro lado, também foi responsável pela formação de todos os profissionais de socorro e emergência pré-hospitalar, entre eles técnicos de emergência pré-hospitalar para a tripulação das ambulâncias, médicos e enfermeiros para a tripulação das SIV, VMER e helicópteros.

A gestão destes meios e recursos necessários ao atendimento no terreno é assegurada pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), sendo da sua competência atender e avaliar no mais curto espaço de tempo os pedidos de socorro recebidos, com o objetivo de determinar os recursos necessários e adequados a cada caso (INEM, 2013).

Importa referir, também, que o INEM assegura desde 2019 um sistema de informação de ocorrência para registo dos profissionais em atividade pré-hospitalar. O registo eletrónico, I-TEAMS (INEM - *Tool for Emergency Alert Medical System*), está implementado nos meios de socorro e visa melhorar a articulação entre o atendimento telefónico, os meios no terreno e as unidades de saúde recetoras da vítima. (INEM, 2019b). Adiante iremos abordar o sistema, as suas potencialidades e fragilidades.

Atualmente para dar resposta à sua Missão o INEM, através do 112, número nacional de socorro, tem ao seu dispor como principais meios: Ambulâncias de Emergência Médica, Ambulâncias SIV, Ambulâncias de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, VMER, Helicópteros de Emergência Médica e

Motociclos de Emergência Médica entre meios próprios e meios de gestão partilhada (INEM, 2013).

Como exemplo da gestão partilhada de meios iremos abordar as VMER, objeto de particular enfoque no presente estudo, e a sua equipa composta por médico e enfermeiro. A regulação no terreno é assegurada pelo INEM, o meio e as equipas são da responsabilidade do Hospital. Através do Despacho nº 10319/2014, cada Serviço de Urgência Polivalente ou Médico-Cirúrgico tem uma VMER em gestão integrada, com equipa dedicada à prestação de cuidados pré-hospitalares.

As VMER são veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para o transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Com equipas constituídas por médico e enfermeiro, dispõem de equipamento para Suporte Avançado de Vida (SAV) em situações do foro médico ou traumatológico. Atuam na dependência direta dos CODU, tendo base hospitalar, isto é, estão localizadas num hospital. Têm como principal objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013).

## **1.5 - Os Enfermeiros na EPH em Portugal**

Assim como já tivemos oportunidades de verificar ao longo da história, a Enfermagem tem tido uma participação de relevo na prestação de socorro, no atendimento inicial e no resgate de vítimas de guerra. Na atual sociedade moderna é a guerra não declarada, “das causas violentas, doenças cardiovasculares, respiratórias e metabólicas, que continuam a exigir um atendimento rápido e eficiente e uma atualização constante de todos os seus profissionais” (Romanzini e Bock, 2010; pág. 106).

Concretamente em Portugal, para os enfermeiros, a EPH não é um contexto totalmente novo de prática, uma vez que muitos se conectaram em ações militares e corpos de bombeiros exercendo as suas ações por desígnio nacional, dever cívico, corporativo e humanitário.

No entanto, atualmente, prestar cuidados na sociedade civil em contexto pré-hospitalar é, para além de um contexto profissional recente, também conceptualizado pela própria Ordem dos Enfermeiros (OE) com carácter legal, ético e profissional. Os Enfermeiros que desenvolvem a sua atividade na EPH são reconhecidos e devidamente enquadrados pelo órgão regulador já desde 2007. Neste contexto, a sua intervenção apresenta múltiplas vantagens que advêm, nomeadamente, da existência de profissionais adequadamente



formados, da racionalização dos recursos, da rapidez na implementação da solução, da obtenção de sinergias com a formação inicial de nível superior e o desenvolvimento contínuo do conhecimento nesta área específica.

Promovem também maior facilidade da interação com os outros níveis, profissionais e entidades do SIEM e com as estruturas da rede de urgências do SNS e, fundamentalmente, de uma maior segurança nos cuidados de emergência prestados aos cidadãos. A OE afirma que “só o enfermeiro pode assegurar os cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situações de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de uma ou mais funções vitais, pelo que deve integrar a equipa de socorro pré-hospitalar” (Ordem dos Enfermeiros, 2007). A medicalização do socorro pelo INEM realiza-se, como anteriormente se verificou, com uma equipa composta por um Médico e um Enfermeiro ao local da ocorrência (por Helicóptero ou VMER) ou equipa de Enfermeiro e Técnico (SIV). Estas equipas prestam cuidados especializados que exigem formação/atualização de conhecimentos para uma melhor resposta às vítimas e melhor eficácia e eficiência dos cuidados. É assim uma área com enorme potencial a explorar no âmbito da investigação e dos cuidados de enfermagem.

É hoje consensual em toda a comunidade que os enfermeiros têm, cada vez mais, um papel preponderante na área da emergência médica e assistência pré-hospitalar e observa-se um significativo aumento do interesse por parte dos profissionais neste contexto em particular.

### **1.6 – Competências do Enfermeiro Especialista perante a Pessoa em Situação Crítica**

Verificamos atualmente que o crescimento e a autonomia da Enfermagem, estão intimamente relacionados com um desempenho profissional competente, responsável e com elevados padrões de qualidade. Ao analisarmos a profissão encontramos-a legitimada e traduzida na regulação geral do exercício profissional pela Ordem dos Enfermeiros, respetivos estatutos e código deontológico.

A crescente complexidade de cuidados prestados em EPH, equipamentos, técnicas e procedimentos realizados, fazem-nos caminhar na necessidade de desenvolvimento de uma elevada capacidade para intervir globalmente, de forma integrada e multidisciplinar, em utentes complexos em situação crítica. Torna-se assim importante, num mundo de crescente segmentação, a especialização de conhecimento em enfermagem baseado na evidência.

Tendo em linha de conta o conjugado dos Regulamentos nº 140/2019 e nº 429/2018, o Enfermeiro Especialista detém conhecimento aprofundado numa área específica de Enfermagem. Concretamente em Enfermagem Médico-cirúrgica – a Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro especialista deve assumir um papel de acrescido valor nos cuidados ao utente assente nas suas competências de resposta à situação crítica.

Segundo o Regulamento nº 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, envolvem as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Os seus domínios comuns assentam em quatro pilares estruturantes:

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Domínio da gestão de cuidados;
- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Concretamente para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa Situação Crítica, o Regulamento nº 429/2018 incorpora as seguintes competências de domínio específico:

- Cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- Dinamizar a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Podemos assim concluir que a prática de enfermagem em EPH requer cada vez mais uma atitude e habilidade de avaliação, intervenção e tratamento especializado. Compele-nos para uma atuação coerente com os mais elevados padrões de qualidade, de forma a garantir a segurança, a continuidade e a qualidade de cuidados ao doente.

Contribuir para cuidados de saúde mais seguros e competentes deverá ser, cada vez mais, um dos nossos predicados de eleição.

## **2 – DOCUMENTAÇÃO DO PROCESSO DE CUIDADOS: GARANTIA DA CONTINUIDADE E DA TOMADA DA DECISÃO CLÍNICA**

A documentação/registos dos cuidados de Enfermagem servem, fundamentalmente, para possibilitar a continuidade de cuidados, dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e promover o levantamento de necessidades em cuidados de enfermagem da população. No entanto, a dissonância hoje verificada entre os cuidados que são prestados e o que transparece na documentação de enfermagem deve ser refletida e considerada na implementação de um Sistema de Informação (SI) (Azevedo e Sousa, 2012; pág. 114). Deste ponto de vista, assumindo que a gestão da informação é fundamental como suporte à tomada de decisão, importa clarificar a sua necessidade para assegurar as questões da visibilidade, da continuidade, da qualidade e da segurança e, fundamentalmente, das pessoas e das famílias que ganham com esses cuidados (Pereira, 2009; pág. 92).

No que concerne à tomada de decisão dos enfermeiros, a legislação em vigor, nomeadamente o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) reitera que as competências mencionadas na carreira pressupõem que os cuidados de enfermagem, assim como a estruturação dos registos, se caracterizem pela utilização da metodologia científica. Neste sentido, em Portugal, os registos de enfermagem são uma imposição legal, tal como o é a aplicação da metodologia científica do processo de enfermagem na prestação de cuidados em todos os contextos da prática. Isto inclui os cuidados que são prestados à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar, onde, por motivos diversos, a prática de documentação do processo de cuidados é, tradicionalmente, subvalorizada e pouco refletida pelos profissionais de Enfermagem.

De acordo com o enquadramento legal existente, a pessoa em situação crítica “é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 429/2018; pág. 19362).

As VMER podem ser caracterizadas como meios com alguma impessoalidade, pelo curto contacto entre as vítimas os e profissionais, pelo que se pode aferir como complexa a descrição dos cuidados e a sua documentação, quando imperam princípios de intervenção orientados para a estabilização da vítima e o seu transporte para uma unidade de cuidados, bem como ritmos de trabalho, na maioria das vezes, acelerados.

Torna-se, assim, um verdadeiro desafio estudar primeiro e implementar depois, neste contexto, um modelo padrão de registo documental de cuidados de enfermagem, quando na prática, o que existe atualmente assenta apenas num registo sumário de ocorrência e intervenções genéricas e transdisciplinares preenchido, na maioria das vezes, apenas pelo médico.

Debruçar-nos-emos, então, sobre a temática da informação em enfermagem, aprofundando os ganhos e a importância da documentação dos cuidados prestados, abordando a relevância dos sistemas de informação em enfermagem, procurando realçar a sua importância na tomada de decisão e qualidade dos cuidados, assim como o seu desenvolvimento e evolução.

## **2.1 - A Informação em Enfermagem**

A partilha de informação entre os enfermeiros, a equipa de saúde e 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 e Sousa, 2011).

A informação pode ser definida como conteúdo da comunicação humana, ou seja um ato de transmissão cujo produto é a informação e 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 prática de enfermagem “assenta na interação humana e 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) descreve que os enfermeiros em geral 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, inter-relacionada e formalizada que emerge o conhecimento. Neste raciocínio, é possível inferir que a qualidade da informação e

conhecimento em enfermagem estão diretamente relacionados com a qualidade dos dados que lhe dão origem através dos registos de enfermagem (Pereira, 2009).

Silva (2006, p.19) afirmava que “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”.

Os registos de enfermagem devem então 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 foram efetuadas, assim como os resultados alcançados. Perante um problema que mantém a necessidade de cuidados em enfermagem, devem demonstrar a reavaliação da situação clínica do utente, assim como, quais as intervenções adicionais que foram implementadas até que o problema se encontre resolvido (Jesus e Sousa, 2011).

Registrar os cuidados de enfermagem reveste-se de real importância, e apresenta diversas finalidades, 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 profissional, social e política (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Jesus e Sousa, 2011).

Nos estudos efetuados, Silva (2006) constatou, inicialmente, que os registos de enfermagem, em suporte papel, com um padrão narrativo 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. Descreveu que os enfermeiros extraíam poucas vantagens da informação processada nos registos de enfermagem, “não retiram conhecimento da experiência documentada” (Silva, 2006, p.36), sendo o tempo gasto a efetuar registos percecionado como um tempo mal-empregue, uma vez que compete com o tempo disponível para prestação de cuidados diretos.

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

## **2.2 - Sistemas de Informação em Saúde**

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados 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 (Cavalcante [et al.], 2011).

Atualmente, os SIS desempenham um papel nuclear 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. Jesus e Sousa (2011, p.227) referem que, “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 numa 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 SIS, que auxiliam na análise, na formalização e na 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 com conhecimento científico, antes baseada, apenas, no conhecimento empírico e na experiência, com o intuito de promover um exercício profissional de excelência (Silva, 2006).

Os SIE constituem, assim, uma ferramenta fundamental, uma vez que, ao adotar o suporte eletrónico, facilitam a documentação, reduzem o tempo gasto em questões burocráticas, aumentam a legibilidade e segurança da informação partilhada. Com registos efetuados de forma padronizada diminui-se a duplicação de dados, melhora-se consideravelmente a

acessibilidade à informação, estando esta acessível em tempo útil, permitindo, assim, suporte à tomada decisão e contributo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem (Sousa, 2006; Narciso [et al.], 2014; Tareco, 2015; Vieira, 2018).

### **2.3 - A Tomada de Decisão em Enfermagem**

Podemos hoje afirmar que a enfermagem evoluiu progressivamente de um exercício profissional orientado numa lógica executiva para uma lógica conceptual (Silva, 2006). Mais do que saber-fazer, são-lhes hoje exigidas capacidades de reflexão e pensamento crítico sobre a pertinência das intervenções, sobre lacunas inerentes à prática, sobre implementação de cuidados de enfermagem individualizados e holísticos, vendo a pessoa como um todo e adequando as intervenções às necessidades identificadas

Nesta linha 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 em enfermagem consiste na operacionalização do conhecimento, através de um processo cognitivo complexo que gera ação/comportamento, recorrendo a uma série de etapas sistemáticas, fundamentadas pelo conhecimento teórico, prático, processual, tecnológico, organizacional e ético do enfermeiro (Vieira, 2018).

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

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 conceções 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 os enfermeiros vão elaborando no decurso do processo de cuidados devem assumir uma estrutura consistente, com base na sua capacidade de interpretar, analisar e inferir, em função dos dados disponíveis, no momento. Esta estrutura de decisão pode ser reforçada com a utilização de um SIE, que permita minimizar o erro através da disponibilização de dados que auxiliem na informação ao profissional para a resposta adequada a um determinado propósito. (Marin, 2010; Jesus e 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 decisão (Jesus e Sousa, 2011).

No entanto, é necessário ter sempre em conta a prudência 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 e 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 profissionais, segundo o modelo conceptual utilizado. 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).

## **2.4 - A Qualidade e os Registos 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 e a inovação, com a aplicação da melhor evidência (Machado, 2013).

As dimensões técnica, interpessoal e ambiental são identificadas como primordiais para padrões elevados de qualidade em saúde. A dimensão técnica encontra-se associada à utilização de conhecimentos técnico-científicos na resolução do problema de saúde do utente. A 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).

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

A informação obtida através da análise dos resultados da intervenção de enfermagem junto do utente permite evidenciar, assim, o que os profissionais fazem, ou o que deveriam fazer melhor. Permite, em resumo, a avaliação da prática, revelando as dificuldades, os erros e a negligência, bem como potenciais de melhoria para uma promoção constante da otimização dos cuidados e redução do erro em saúde. Sousa [et al.] (2019, pág. 152) complementa esta ideia quando refere que “As falhas na comunicação aquando da passagem [...] podem ter consequências nefastas para o cliente, tanto por omissão de dados como por incongruência dos mesmos. [...] Pode levar a lacunas na prestação de cuidados aos clientes e, conseqüentemente, colocar em risco a segurança”.

Outro aspeto preponderante é que a análise dos resultados alcançados contribui, também, para a elevação da visibilidade social do exercício profissional de enfermagem, tendo em conta os esforços de contenção de despesas que se fazem sentir atualmente na área da saúde. Como já anteriormente afirmava 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 ao utente, potenciando o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados à sociedade, no entanto, “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).

Tendo em conta a quantidade e qualidade de dados documentados pelos enfermeiros, torna-se nuclear a sua gestão eficiente, que possibilite conceber indicadores e que permita a transformação da informação em ação centrada na melhoria global do desempenho dos serviços de saúde. Assim, 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 utilizados como guias orientadores na monitorização, avaliação, adequação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Pereira, 2009).

O autor atrás citado, no trabalho efetuado, criou a definição de Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) como resposta aos processos de agregação e gestão dos dados de enfermagem, constituindo um conjunto mínimo de dados específicos que deve ser objeto de registo de forma a melhor descrever os cuidados de enfermagem.

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, 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).

Para a implementação de um RMDE, considera o autor 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 constitui também em nosso entender um importante incentivo à investigação em enfermagem, uma vez que esta informação estruturada poderá servir de alicerce, como

referimos anteriormente, ao estudo e investigação da matéria, solidificando o desenvolvimento do exercício profissional, em busca constante da excelência no cuidar.

## **2.5 - Sistemas de Informação em Enfermagem em Portugal**

Em Portugal, o planeamento dos SIE iniciou-se com os trabalhos pioneiros de Silva, de 1995 a 2001, e Sousa e colaboradores de 1999 a 2005 (Macedo [et al.], 2015).

No final do século passado Silva, com os seus primeiros resultados de investigação nesta área sobre os SIE utilizados na prática clínica de enfermagem em contexto de unidades de internamento hospitalar, promove a conceção do aplicativo ENFIN- Sistema de Informação de Enfermagem. De seguida, desenvolve um novo projeto sobre implementação do SIE (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, entre 1998 e 2000, foi desenvolvido por Sousa e colaboradores, com apoio e parceria da Escola Superior de Enfermagem São João, da Administração Regional de Saúde do Norte e Sub-Região de Saúde de Vila Real e do IGIF, um projeto de implementação do SIE, no contexto da prestação de cuidados de enfermagem na comunidade (Centros de Saúde). Deste projeto resulta o módulo clínico de enfermagem na comunidade ENFINCO, também com objetivo da 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 dos SIE, mais tarde designado por Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), gradualmente implementado em diversas instituições de saúde portuguesas.

Importa reforçar, por último, que o desenvolvimento destes dois aplicativos de registo 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).

### **a) 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 de um SIE em suporte

eletrónico veio intensificar a necessidade de estabelecer uma classificação de enfermagem, com terminologia própria, que permita linguagem comum aos enfermeiros.

A CIPE foi a classificação selecionada 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 linguagem comum, proporcionam a evolução da formalização do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem aplicada na prática clínica, e permitem a convergência a nível da partilha de códigos e significados fulcrais na geração de sínteses informativas, potenciando a gestão da informação (Pereira, 2009).

### **b) 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 Instituições e por unidades de cuidados gerou a oportunidade para os enfermeiros refletirem sobre a prática clínica, analisando os fenómenos mais frequentes, os diagnósticos de enfermagem mais pertinentes e as intervenções mais eficientes na resposta. O trabalho de parametrização não se deve limitar à fase de implementação inicial do SIE, mas deve ser considerado um trabalho contínuo, de constante reflexão sobre a prática. Deve permitir atualização permanente dos conteúdos, e que cada serviço da Unidade de Saúde os possa ir mantendo ajustado às suas necessidades de utilização.

### **c) Integridade referencial de dados**

A integridade referencial de dados deve permitir acesso estruturado e global, ao longo dos diversos eventos de saúde do utente, quanto aos diferentes diagnósticos de enfermagem ativos, o diferente status / objetivo / resultado esperado e as diferentes intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico (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, por exemplo, de um turno, dia, ou período de tempo (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

### **d) Incorporação na Rede de Informação da Saúde**

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, permitiu, a partir daqui, a partilha de informação relevante para processos de agregação de dados a larga escala na saúde (Pereira, 2009).

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

## **2.6 - Evolução do SIE Hospitalar: Do SAPE ao SClínico**

O SAPE foi amplamente implementado em Portugal, tanto em contexto hospitalar, como nos cuidados de saúde primários. O facto de a parametrização de conteúdos incluídos inicialmente ser realizada a nível da unidade de saúde veio evidenciar “uma diversificação de enunciados tanto de diagnósticos como de intervenções de enfermagem, que dificultou a interoperabilidade da informação gerada pelos enfermeiros e era impeditiva da produção nacional de indicadores” (Paiva [et al.], 2014). Tornou-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 (Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares) surge como um SI evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), através da

aglutinação do SAPE e do Sistema de Apoio ao Médico. Desta forma, passou a existir uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde na unidade hospitalar, que permite acesso, utilização e partilha de informação num verdadeiro Processo Clínico Único do utente.

O SClinico, atualmente presente em mais de 70 entidades do sector da saúde, constitui uma das estratégias do Ministério da Saúde para 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, 2020).

A nível de Enfermagem, o SClinico quebra com o antecessor, 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.

Desta forma, o SClinico pretende uma harmonização nacional dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, facilitando a análise, interpretação e comparação de dados tanto a nível organizacional como nacional, constituindo, resumidamente, 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.

## **2.7 - Centro de Terminologias Clínicas**

Conscientes das dificuldades, acima descritas, na harmonização da linguagem comum os SPMS, em janeiro de 2014, passaram a representar Portugal na *International Health Terminology Standards Development Organization*, organização responsável pela manutenção e desenvolvimento da terminologia clínica SNOMED CT, a nível mundial. No decurso desta representação e tendo em conta a evolução dos diversos SIS foi estabelecido um programa internacional para a interoperabilidade semântica. Reunidas as condições necessárias à implementação do projeto foi criada, então, nos SPMS o Centro de Terminologias Clínicas (CTC) sob tutela do Ministério da Saúde.

O CTC tem como missão harmonizar e orquestrar a utilização de terminologias clínicas para registo de informação nas instituições do Serviço Nacional de Saúde e apoiar a introdução de boas práticas, que conduzam à consolidação do significado e ao incremento

da utilidade da informação registada por profissionais de saúde. Pretende ser um centro/rede de competências focado em temáticas inerentes à utilização de terminologias clínicas nos Sistemas de Informação, em Portugal, de forma a promover a Interoperabilidade Semântica em território nacional e além-fronteiras.

Entre os objetivos que o CTC apresenta, consideramos pertinente referir os seguintes:

- Consultoria e Formação em interoperabilidade semântica;
- Tradução de terminologias clínicas;
- Mapeamento entre terminologias clínicas;
- Promoção da adoção e apoio à implementação de vocabulários clínicos

A Interoperabilidade Semântica é caracterizada pela capacidade de diferentes computadores, ou sistemas operativos trocarem informações entre si, para que a mensagem enviada e o seu significado sejam exatamente compreendidos, algo que com definições e parametrizações locais em cada Instituição se tornava praticamente impossível de conseguir.

No âmbito desta problemática (semântica e informatização) no setor da saúde tornou-se necessária a adoção de estratégias para promover a interoperabilidade semântica entre os diferentes sistemas de informação e garantir o registo de dados uniformizado e padronizado.

Como forma de assegurar a interoperabilidade (técnica, semântica e funcional) entre sistemas e aplicações utilizados no Hospital e permitir a gestão integrada e segura do plano terapêutico do utente foi editado pelo CTC em 2017 o Catálogo Português de Atitudes Terapêuticas (CPAT). Este tem como objetivo nuclear estabelecer uma estrutura de registo para aplicações informáticas, tendo por base a prática de registo da prescrição de atitudes terapêuticas no Sistema Nacional de Saúde.

Esta Versão normalizada da CPAT (atualmente a Versão 1.1 com a qual iremos trabalhar), capaz de suportar a partilha dos dados existentes nos diferentes sistemas informáticos, foi mapeada, em Portugal, com recurso às diversas descrições existentes e alinhada com a terminologia clínica internacional SNOMED CT. O uso desta terminologia internacional permitirá, no futuro, não só a uniformização do registo, como também a possibilidade da partilha dos dados entre os diferentes sistemas de informação e entre vários países.

## **2.8 – Ontologia de Enfermagem**

Em 2019, partilhando também das preocupações atrás identificadas e por sentir necessidade de ter um maior controlo sobre os conceitos utilizados nos aplicativos

informáticos, para representar os dados usados para inferir os diagnósticos e intervenções de Enfermagem, a OE estabeleceu uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto tendo em vista a aprovação de uma Ontologia de Enfermagem.

Segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa a Ontologia é “um conjunto estruturado de termos e conceitos que representa um conhecimento”. Uma Ontologia de Enfermagem pode-se então assumir como uma descrição dos conceitos centrais da disciplina, bem como dos seus relacionamentos de acordo com a melhor evidência disponível.

No que se refere aos SI na área da saúde, futuramente deverão ser desenhados tendo em vista a interoperabilidade da informação sobre a saúde dos cidadãos entre os diferentes sistemas eletrónicos que processam informação clínica. A aprovação de uma Ontologia de Enfermagem e a sua manutenção pela OE virá a permitir que os SIE venham a processar informação interoperável de um ponto de vista semântico. Trará ainda outras vantagens acrescidas das quais destacamos:

- Promover a formalização do conhecimento da disciplina e a identificação de necessidades de investigação;
- Permitir evoluir de sistemas circunscritos à documentação para sistemas que também ajudam na conceção dos cuidados;
- Facilitar a produção nacional de indicadores relativos ao exercício profissional dos enfermeiros
- Permitir à OE um controlo interno da linguagem profissional dos Enfermeiros.

Segundo a OE os sistemas de informação em Enfermagem deverão ser capazes de apoiar os Enfermeiros na tomada de decisão, baseada na mais atual evidência científica. Com a futura utilização da Ontologia de Enfermagem tornar-se-á possível desenvolver SIE mais intuitivos e amigáveis, melhorando de forma significativa a qualidade da informação gerada. Quando se encontrar totalmente implementada e operacionalizada irá, certamente, refletir-se numa melhoria significativa da qualidade e fiabilidade dos indicadores em saúde e na redução do tempo consumido pelos enfermeiros nos registos.

### **2.9 – I-TEAMS – INEM Tool for Emergency Alert Medical System**

A emergência médica, pela sua volubilidade e potencial gravidade, é um constante desafio clínico e social. Tal como já anteriormente referido, o INEM assegura, desde 2019, um sistema de informação de ocorrência para registo dos profissionais em atividade pré-hospitalar: o I-TEAMS. Este SI nasceu do esforço desenvolvido ao longo dos anos para



incrementar a capacidade de resposta da emergência médica também em termos de documentação das ocorrências e dos cuidados em todos os meios de emergência médica, com ênfase nos diferenciados/medicalizados: helicóptero (médico/enfermeiro), Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) (médico/enfermeiro) ou Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) (enfermeiro/técnico).

A implementação deste SI trouxe, desde logo, a possibilidade de estratificação da gravidade no primeiro contacto de qualquer meio do SIEM com o utente, com recurso a escalas de alerta precoce. O seu registo informático e a transmissão para o CODU visam promover o apoio à tomada de decisão, sustentada em alguns critérios clínicos, permitindo a regulação médica das situações graves com a correta gestão de meios e orientação para o hospital com as valências adequadas. Os dados obtidos e a informação registada do que efetivamente se passa no local, através dos operacionais é fundamental para encerrar o circuito triagem – acionamento de meio – atuação da equipa - resultado.

Esta era informática e de promoção *paper free* torna fundamental o incentivo aos registos clínicos retirando partido dos recursos tecnológicos, otimizando a comunicação entre os CODU, os profissionais no terreno e, conseqüentemente, do utente (INEM, 2019).

O I-TEAMS ajuda a melhorar os tempos de chegada dos meios diferenciados ao local da ocorrência, a integração e a partilha de alguma informação clínica, essencialmente do foro médico. Permite ainda, de alguma forma, melhorar a articulação das equipas no terreno com as Unidades de Saúde e monitorizar a atividade dos seus operacionais.

No entanto, numa observação mais pormenorizada da ferramenta verifica-se uma quase inexistente especificidade para a documentação dos cuidados de enfermagem no terreno. Também falta de interoperabilidade com o SIE Hospitalar (SClínico) não ajuda na continuidade de cuidados e na segurança do utente quando este é recebido no Hospital.

Ainda neste contexto, salientamos o facto do registo de ocorrência no referido SI, no caso concreto das VMER, ser feito quase em exclusivo pelo médico, obedecendo a um modelo biomédico de registo. Não existe área ou modelo estruturado para Registos de Enfermagem, pelo que acabam por quase não ser utilizado pelos Enfermeiros das VMER.

## **PARTE II**

### **CAPÍTULO 1 – PERCURSO METODOLÓGICO**

## **1 – FASE CONCEPTUAL**

Tomando por base que “A fase conceptual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. (...) começa pela escolha de um tema de estudo e de uma questão apropriada a partir da qual se orientará a investigação” (Fortin, 2009; pág. 49), entendemo-la crucial no nosso processo de investigação, porque lhe irá fornecer as bases, a perspetiva e a sua força. A reflexão das ideias promove uma conceção clara e organizada do objeto em estudo. Após a determinação da ideia, define-se com clareza o tema da investigação, socorrendo-se da revisão bibliográfica. Esta permite-nos enquadrar a problemática em estudo dentro do estado atual de conhecimentos sobre a mesma. Assim se conhece toda a amplitude do domínio da investigação, de forma a uma delimitação mais eficaz na formulação da questão de investigação.

A investigação científica é utilizada nas diferentes disciplinas como um modo de adquirir conhecimentos, através da obtenção de “respostas a questões determinadas por meio da observação de certos factos que ressaltam do seu domínio, tendo como objetivo a sua compreensão” (Fortin, 2009, pág.16). É “um processo sistemático, visando validar conhecimentos já adquiridos e produzir novos que, de forma direta ou indireta, influenciarão a prática” (Burns e Grove, citados por Fortin, 2009, pág.5).

Após termos apresentado os referenciais teóricos que sustentam o tema do nosso estudo, traçamos como objetivo deste capítulo determinar a forma como a questão de investigação foi integrada no plano das atividades desenvolvidas ao longo de todo o processo de investigação.

Polit [et al.], (2004) referem que os enfermeiros que incorporam na sua prática os resultados e a evidência apurada através da investigação científica são profissionalmente responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cidadão e fortalecem a identidade profissional da enfermagem. Definem, ainda, que a investigação em enfermagem é uma “investigação sistemática, destinada a desenvolver conhecimentos sobre os temas de importância para as enfermeiras, incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem” (Polit [et al.], 2004, p.20).

São os métodos escolhidos pelo investigador que fornecem à investigação o seu carácter sistemático, podendo definir-se a metodologia de investigação como “um processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona, por si só, a escolha das técnicas de

recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretendem atingir” (Sousa e Baptista, 2011, p.52).

Ao longo deste capítulo iremos debruçar-nos sobre a problemática e justificação do estudo, dos objetivos delineados e da questão de investigação. Iremos, ainda, expor as opções metodológicas assumidas como adequadas à concretização dos objetivos, as quais incluem a definição do tipo de estudo, a descrição do seu contexto e os participantes incluídos, bem como as estratégias utilizadas para a colheita e análise dos dados e os procedimentos formais e éticos adotados.

### **1.1 - Seleção e justificação do tema**

O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos constitui o alvo primordial dos cuidados de enfermagem, não só pela sua dimensão, como também pela exigência de conhecimentos, competências e valores humanos aos Enfermeiros. A finalidade da investigação em enfermagem é “responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão de enfermagem” (Polit [et al.], 2004, p.32).

No desempenho das nossas funções quotidianas, quer como operacional quer como Coordenador de Equipa de Enfermeiros na emergência pré-hospitalar ao serviço de uma VMER, verificamos que os registos documentais dos cuidados de enfermagem prestados são inexistentes. O Médico preenche uma ficha de ocorrência relativa à situação, com descrição sumária das intervenções executadas de forma interdisciplinar, mas sem suporte documentado dos cuidados de enfermagem prestados.

Consideramos, desde o início deste percurso, importante, exigente e desafiador estudar a documentação e os registos de enfermagem em contexto de EPH da prática nas VMER por se tratar de um contexto ainda pouco ou nada estudado e por considerarmos que são fundamentais a diversos níveis, como tivemos oportunidade de verificar na fundamentação teórica anteriormente explanada.

Por outro lado, coloca-se-nos a questão que, com o despacho de integração das VMER nos Serviços de Urgência dos Hospitais (Despacho nº 10319/2014), a responsabilidade dos cuidados prestados aos doentes assistidos passa a ser, não só do INEM e dos profissionais envolvidos (médico e enfermeiro), mas também da Instituição onde a VMER se encontra alocada. No conceito mais atual, a VMER é vista como um meio de Suporte Avançado de Vida no exterior da estrutura física do Hospital, uma Sala de Emergência do Serviço de Urgência que se desloca ao local da ocorrência para prestação de Cuidados de Urgência/emergência médica.

Outro aspeto considerado como justificação ao presente estudo é o reforço no reconhecimento, valorização e importância dos Enfermeiros, nesta dimensão em particular. Os Enfermeiros são profissionais com formação específica, indispensáveis em todas as etapas pela sua formação técnica, científica, relacional, juízo crítico e moral. Assumem particular importância na eficácia e eficiência das respostas em cuidados que os cidadãos necessitam, bem como, anteriormente referido, na continuidade de cuidados seguros. Alicerçamos, também, esta reflexão na tomada de posição do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros que “qualquer solução ou tentativa de diminuir a qualificação da assistência que hoje é prestada deve ser contestada, já que é colocada em causa a segurança e a qualidade dos cuidados prestados em ambiente Pré-Hospitalar” (Parecer nº 02/2010).

Estamos em crer que existirão vários fatores que contribuem e condicionam a inexistência do registo documental dos cuidados de enfermagem prestados neste contexto. Importa-nos assim identificar e compreender tais fatores para suprimir esta lacuna criando consenso entre os profissionais sobre o caminho a percorrer neste processo de melhoria contínua, de qualidade, de continuidade de cuidados e, por inerência, do desempenho global dos Enfermeiros nesta área.

Assim os argumentos supracitados e as nossas inquietações do dia-a-dia constituíram o nosso ponto de partida para o presente estudo, que visa identificar e compreender quais os registos documentais resultantes da atuação dos Enfermeiros em contexto pré-hospitalar e, sobretudo, colocar em análise que perceção têm os Enfermeiros da continuidade dos cuidados dando expressão escrita àquilo que avaliam e executam.

Quando pensamos nos Enfermeiros da EPH esperamos que atuem de forma segura, antecipando situações que possam causar dano ao doente, respeitando os princípios éticos e baseando a sua atuação em evidência científica. Aqui, a intervenção dos Enfermeiros envolve diversas áreas do saber, que compreendem desde o procedimento mais simples até procedimentos de alta complexidade e exigência.

Refletindo, quer no nosso desempenho, quer na troca de experiências e na partilha de perceções com outros Enfermeiros, fica-nos a noção clara que o que existe é muito residual e não está suficientemente estudado, descrito e documentado. Embora a atividade das VMER conte já com quase três décadas de existência, não temos, até ao momento, instrumentos disponíveis que documentem as práticas de enfermagem neste contexto. A ausência de qualquer conceptualização ou teorização por parte dos Enfermeiros desta área continua a justificar também o investimento neste estudo.

Esta reflexão levanta-nos, por último, outra questão quanto à importância da documentação dos cuidados. Existindo poucos ou nenhum registo, a visibilidade e importância exterior da ação dos Enfermeiros é significativamente menor. Torna-se assim importante conjugar estes fatores com o envolvimento diversificado entre inclusão de peritos, entidades com responsabilidade política, supervisora e de regulação profissional. Desta forma, estamos convictos que se poderá construir uma solução consensual a diversos níveis de decisão e facilitadoras de implementação na nossa prática diária.

Assim, resumidamente, as principais inquietações que nos foram surgindo ao longo do nosso percurso profissional e académico para a escolha deste tema foram:

- a) Que significado e importância atribuem os enfermeiros à documentação dos cuidados de Enfermagem prestados em contexto VMER?
- b) Que cuidados prestados registam os enfermeiros?
- c) Que fatores alegadamente condicionam o registo da avaliação e intervenções em contexto pré-hospitalar?

Estamos plenamente convictos que a concretização deste estudo constituirá um novo ponto de partida para outras reflexões, numa área de atuação ainda francamente pouco escrutinada.

## **1.2 - Considerações sobre a revisão da Literatura**

Optamos por pesquisa bibliográfica inicial nas bases documentais: *Medline®*, *B-on®* e *SAGE®*. Utilizamos como descritores: pré-hospitalar, registos de enfermagem, urgência e emergência, cuidados de enfermagem, *nursing documentation* e *pre-hospital care*. Limitamos, inicialmente, a pesquisa a trabalhos publicados nos últimos 5 anos, mas pela escassez de resultados obtidos, alargamos o período de pesquisa aos últimos 10 anos.

Nenhum estudo foi encontrado especificamente sobre registos de enfermagem em contexto VMER, ou pré-hospitalar em geral, e não foi também identificado nenhum estudo que sugerisse uma metodologia específica e sistematizada de orientação para um registo rápido, conciso e de qualidade sobre os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica nas VMER, sendo esta, em nosso entender, a problemática chave para a realização deste estudo.

## **1.3 - Questão de investigação, finalidade e objetivos**

Tomando como ponto de partida as inquietações anteriormente identificadas, Fortin (2009, pág.160) elucida-nos que o objeto da investigação em Enfermagem é o estudo sistemático

de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de Enfermagem, que conduz à descoberta e desenvolvimento de saberes próprios da disciplina. As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação e os objetivos decorrem do problema de investigação e do seu quadro teórico.

Alinhadas estas premissas com as inquietações construímos, então, a nossa questão base de investigação: **“Qual o Padrão base de registo documental dos cuidados de Enfermagem a adotar, em contexto pré-hospitalar nas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, na perspetiva dos Enfermeiros?”**

Esta questão, a partir da qual iniciamos a investigação procura ser “uma interrogação explícita (...) um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, específica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, pág. 72-73). Reconhecendo amplamente todo este potencial da investigação em Enfermagem, propomo-nos então a realizar um estudo de investigação subordinado ao tema: **“Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto Pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação”**.

Assumimos como finalidade do presente estudo contribuir para a implementação de registos de enfermagem em EPH pelos enfermeiros das VMER nos SIE hospitalares, com base num padrão documental tipificado e consensual para a comunidade.

Os objetivos de um estudo constituem a linha norteadora da investigação, permitindo determinar com clareza o que se pretende aferir com a mesma. Assim o nosso objetivo principal com esta investigação é:

- Construir uma proposta de padrão documental dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na EPH.

Como objetivos específicos temos definido:

- Mapear os padrões de documentação utilizados no processo de cuidados à Pessoa em Situação Crítica na EPH;
- Analisar potencialidades e condicionantes dos padrões existentes na perspetiva dos utilizadores e peritos em estreito diálogo com a produção científica atual.

## **2 – FASE METODOLÓGICA**

Se a fase conceptual procura definir o objeto em estudo no processo de investigação, a fase metodológica articula esse fenómeno num plano de trabalho com todas as atividades necessárias à sua realização, tornando esse estudo operacionalizável.

A metodologia de investigação pode ser definida como o conjunto das decisões a tomar para elaborar uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação. É seu objetivo guiar o investigador no planeamento e na realização do seu estudo, de modo a conseguir atingir os objetivos pretendidos e dar concisão à maneira como a questão de investigação será integrada no desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação (Fortin, 2009 pág. 214).

Uma vez definida a temática desta investigação, pretendemos ao longo deste capítulo apresentar as decisões metodológicas assumidas como necessárias ao seu desenvolvimento.

### **2.1 - Tipo de estudo**

Tal como já mencionado, a documentação do processo de cuidados assume, neste contexto, uma importância fundamental, de forma que deve ser dinamizada e refletida pelos intervenientes e pelos Enfermeiros Coordenadores das VMER, mas também pelos Enfermeiros que investigam. Silva (2006) argumenta coerentemente na urgência de investigar e investir também no desenvolvimento dos SIE. No entanto, foi, como se disse anteriormente, notória a escassez de estudos/literatura que contemple tanto os registos informatizados quanto os resultados produzidos pelas intervenções dos enfermeiros à pessoa em situação crítica em contexto de EPH. Os estudos encontrados, além de não serem realizados especificamente no âmbito desta problemática, relacionam-se sobretudo com o Serviço de Urgência dos Hospitais, a capacidade de adaptação à introdução de sistemas informatizados para a documentação e pouco quanto ao conteúdo de registos.

Assim, para além da construção do referencial teórico de sustento à problemática, atendendo à natureza da questão em estudo, a opção metodológica tomada foi o desenvolvimento de um estudo de carácter exploratório, ancorado no paradigma qualitativo com um desenho descritivo. Isto, porque a investigação qualitativa permite estudar os fenómenos em profundidade e construir uma nova realidade significativa para os indivíduos



que os vivenciam, bem como considerar os diferentes aspetos do fenómeno do ponto de vista dos participantes, de maneira a poder interpretá-la no seu meio” (Fortin, 2009, pág. 31). Gonçalves [et al.] (2021, pág. XXVI) complementa afirmando que “O objetivo desta metodologia consiste no estudo dos indivíduos inseridos nos seus contextos naturais, assentando, para o efeito, em métodos de recolha de dados que apresentam uma forte relação com as circunstâncias da sua produção (...)”

A escolha do método de investigação depende diretamente da questão formulada pelo investigador (Streubert e Carpenter, 2013) pelo que, para este estudo, o recurso a uma abordagem qualitativa como resposta ao fenómeno que se pretende estudar, assume-se em nosso entender, como a melhor opção. “Situando-se num primeiro nível de investigação os estudos descritivos sustentam-se em questões de investigação e em objetivos, não em hipóteses” (Fortin, 2009, pág. 34), como é o caso.

## **2.2 - Participantes**

Ainda para Fortin (2009, pág. 312) o método de amostragem consiste em constituir uma “fração da população sobre a qual se faz o estudo (amostra) e a partir da qual é possível ao investigador obter as informações necessárias à concretização dos objetivos do estudo”. No decurso da conceptualização o investigador não considera somente o fenómeno, mas também as fontes de dados associados a esse mesmo fenómeno, ou seja, a população sobre a qual recairá o estudo.

Sendo a população alvo deste estudo orientado aos Enfermeiros que desempenham funções no contexto pré-hospitalar nas VMER, os participantes a considerar foram os Enfermeiros de serviço na VMER durante a fase de observação participante e o painel de Peritos do *focus group*, foi constituído por profissionais com vasta experiência e prática neste contexto (VMER) bem como um representante da Comissão de peritos em Emergência Pré-Hospitalar da Ordem dos Enfermeiros e dois Enfermeiros Peritos em linguagem, Parametrização e Taxonomia CIPE®. Optamos por estes participantes no sentido de se obter um conjunto de profissionais que, vivenciando a prática diária da EPH e da Parametrização dos SI, melhores contributos pudessem fornecer para o desenvolvimento da pesquisa. Optamos pelo recurso a uma amostragem intencional e não probabilística de informantes estratégicos, peritos na sua área.

A opção por este método teve como objetivo assegurar a escolha de participantes com experiência acerca da cultura e dos fenómenos de interesse e responder à preocupação em “desenvolver uma descrição rica e densa da cultura ou fenómeno, em vez de utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos” (Streubert e

Carpenter, 2013, pág. 40) e em obter contributos através de informantes criteriosamente incluídos enquanto representantes também do tema em estudo.

Assim, concretamente para a criação do *focus group*, com base na realidade própria do contexto deste estudo, quantificamos e definimos os critérios de inclusão de participantes:

**6 Enfermeiros:**

- Prática contínua em Emergência Pré-Hospitalar, mínimo 10 anos;
- Experiência Relevante na área (Enfermeiro Especialista ou Gestor);
- Um, pelo menos, membro da Comissão de Peritos da EPH da OE.

**2 Enfermeiros:**

- Domínio comprovado da linguagem, parametrização e taxonomia CIPE®;
- Experiência mínima de 10 anos e relevante na área dos Sistemas de Informação;
- Enfermeiro Especialista ou Gestor.

Tivemos em consideração o referido por Morse (2007) que o tamanho ideal do grupo varia de cinco a doze participantes por sessão, e por Streubert e Carpenter (2013, p.41) entre seis a dez. Numa amostra intencional de informantes estratégicos ou Peritos, o investigador procura pessoas que detenham informações pertinentes sobre o sistema social ou de um dos seus componentes, através do recurso a elementos que ocupam posições de liderança na organização (Ribeiro, 2008).

Na investigação qualitativa, o número de participantes é determinado com base nos objetivos do estudo e não em avaliações estatísticas, sendo que “pequenas amostras são suficientes para obter a informação necessária sobre o fenómeno estudado” (Morse citado por Fortin, 2009, pág. 327). Consideramos, portanto, que o número final de oito participantes incluídos na amostra está de acordo com o definido pelos autores e poderá ser vantajoso na obtenção de dados de melhor qualidade.

### **2.3 – Instrumentos e técnicas de recolha de dados**

Consideramos a etapa da colheita de dados como uma das mais nucleares de todo o processo de investigação. Fortin (2009 pág. 368) explicita que “Os dados podem ser colhidos de diversas formas (...) cabe ao investigador determinar o instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

Definimos então estratificar o estudo em duas fases e utilizar uma estratégia multimétodo de recolha de dados.

**FASE 1** - Observação participante com recolha de notas de campo. Foi desenvolvida uma grelha de observação das ocorrências e dos cuidados prestados como suporte semiestruturado de notas de campo. (Apêndice I)

No final da observação foi solicitada uma breve entrevista semiestruturada aos enfermeiros presentes em atividade na VMER, com recurso a um guião semiestruturado construído para o efeito, tendo por base os objetivos delineados. (Apêndice I)

Segundo Gonçalves [et al.] (2021, pág. 67) a entrevista “É um método apropriado quando existe a necessidade de recolher informações detalhadas sobre as opiniões, os pensamentos, as experiências e os sentimentos das pessoas. (...) permite uma recolha de informação nos contextos próprios dos respondentes, tornando-se importante porque o ser humano condiciona o seu comportamento ao contexto em que interage”.

**FASE 2** – Reunião com um painel de 8 Peritos e recurso a Entrevista de Grupo – *focus group*. Para esta entrevista de grupo elaboramos um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice II) e utilizamos a gravação de áudio e imagem para registo dos dados que, depois de transcritos, foram submetidos à análise de conteúdo. Com suporte nos dados obtidos elaboramos, então, o padrão de documentação de base consensual para os registos dos cuidados de Enfermagem em contexto pré-hospitalar.

Na investigação qualitativa, a triangulação assume-se como uma ferramenta útil, na medida em que “contribui para a integridade e conformação de dados necessários na investigação qualitativa” (Streubert e Carpenter, 2013, p.351). Neste estudo, o recurso a esta estratégia traduz-se na utilização de várias fontes de dados (Triangulação de Dados) e de várias técnicas para a sua recolha (Triangulação de Métodos).

A triangulação de métodos ao nível da colheita de dados é uma abordagem que “utiliza uma combinação de mais do que uma estratégia de investigação numa única investigação, revelando várias dimensões e descrições mais rigorosas do fenómeno em estudo, tornando o processo de investigação mais consistente, sólido e rigoroso” (Streubert e Carpenter, 2013, p.351).

A recolha de informação foi, como anteriormente referimos, realizada em duas fases. Na primeira, os dados foram obtidos por observação direta, notas de campo e entrevista semiestruturada para análise e reflexão sobre os registos de enfermagem realizados, com vista ao melhor entendimento do fenómeno e preparação mais sólida da fase seguinte. Na segunda fase, os dados foram obtidos através da realização de um *focus group*, com recurso a gravação de áudio e vídeo, posterior transcrição e análise de conteúdo.

### **2.3.1 – Fase 1: Observação Participante**

Esta primeira fase da recolha de dados por observação participante teve como objetivo nuclear situar e estabelecer o diagnóstico de situação inicial com vista à melhor preparação da fase 2 da recolha de dados, através da reunião do *focus group*.

A observação participante é uma técnica de investigação social em que o observador partilha, na medida em que as circunstâncias o permitam, as atividades, as ocasiões, os interesses e os afetos de um grupo de pessoas ou de uma comunidade. Acaba por ser uma técnica composta, na medida em que o observador não só colhe dados por observação como também se pode socorrer de técnicas de entrevista com graus de formalidade diferentes.

O objetivo fundamental que subjaz à utilização desta técnica é a captação das significações e das experiências subjetivas dos próprios intervenientes no processo de interação social e com isso contribuir, neste caso, para o nosso diagnóstico de situação inicial, ponto de partida para o restante trabalho. A técnica possibilita graus diversos de integração no grupo observado e de sistematização dos procedimentos de recolha de informação, de acordo com os objetivos que o investigador estabelece para a investigação, e adequa-se particularmente a fenómenos ou grupos de reduzida dimensão, pouco conhecidos ou pouco visíveis (Streubert e Carpenter, 2013, p. 43-44).

Com base na nossa experiência e em alguns contributos informais previamente recolhidos com enfermeiros mais experientes, definimos efetuar dois períodos de observação em duas VMER da região norte de Portugal. Tivemos por base a conveniência como critério de saturação. Após autorização por parte do INEM, demos início a esta fase com os dois períodos de observação a serem realizados nos dias 28-01-2020 e 17-02-2020, respetivamente.

Criamos, para o efeito, uma grelha de observação participante, baseada na nossa experiência prática e na revisão bibliográfica efetuada, que nos permitisse, em cada ocorrência assistida, recolher e documentar um conjunto significativo de dados da prática de Enfermagem para os eventuais registos de enfermagem (Apêndice I).

Para além do documento para recolha do Consentimento informado aos intervenientes, elaboramos um pedido de autorização e consentimento informado para realização de entrevista (Apêndice III) e um Guião de entrevista. Este guião integra questões suscetíveis de serem sistematizadas em quatro áreas chave, a saber: perceção do conteúdo do processo de cuidados suscetível de ser registado; fatores explicativos da situação atual de

existência restrita de registos de enfermagem; transferibilidade da experiência de cuidados observada no dia para registo; e a perceção relativa à possibilidade de elaboração de um padrão de documentação.

### **2.3.2 – Fase 2: Focus Group**

Um *focus group*, para Freeman citado por Streubert e Carpenter (2013, p.39), é “uma forma específica de entrevista de grupo com intenção de explorar a sua dinâmica. Tem o objetivo promover autorrevelação entre participantes, por explicitamente potenciar as discussões na dinâmica do grupo. É moderado por um líder e ocorre numa situação informal, com o propósito de colher informação acerca de um determinado assunto”.

Flick (2002, p.117) refere que o grupo “ao debater em conjunto a sua esfera de vida e sujeitá-la ao teste de confronto das divergências é mais eficiente que qualquer outra técnica”. Permite analisar processos de resolução de problemas comuns ao grupo, com a introdução de um problema concreto e a tarefa do grupo, pela discussão das alternativas, é descobrir a melhor forma de o resolver.

Podemos assim assumir como uma estratégia que nos permite aceder às participações e aos argumentos que os participantes apresentam em grupo, para potenciar o desenvolvimento de soluções estruturadas. Neste estudo em concreto passou por obter informações que viessem a contribuir para a elaboração de uma proposta de padrão de documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em EPH.

Assim, a realização de um *focus group* com Enfermeiros com experiência inegável e funções em VMER e enfermeiros com experiência comprovada em parametrização dos SI foi o método selecionado para operacionalizar a Fase 2 deste estudo.

A implementação de um *focus group* agrega várias decisões e tarefas ao longo do processo. Inicia-se com o planeamento e finaliza com a análise dos dados e elaboração de um relatório (Mitchell e Branigan, citados por Silva [et al.], (2014). No artigo de revisão literária, os mesmos autores apresentam o desenvolvimento deste método em 5 etapas: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados. O relatório incide sobre as primeiras três etapas.

O planeamento do grupo de foco sustenta-se nos objetivos definidos para a investigação em curso e determina vários outros aspetos desta fase, nomeadamente a escolha dos participantes a integrar na sessão. Na fase de preparação levamos a efeito o convite e recrutamento dos participantes. Neste estudo, o recrutamento versou num processo

intencional de informantes estratégicos, peritos reconhecidos, escolhidos pelo investigador, segundo os critérios definidos no ponto 2.2.

Depois de selecionados, os oito participantes foram contactados telefonicamente e enviados via email, a cada um deles, pedidos de consentimento informado e um inquérito de caracterização socioprofissional (Apêndice IV) com informação acerca da investigação, dos objetivos e da sessão de grupo com informação da data, hora e duração prevista da sessão. No documento enviado solicitamos, também, autorização para registo em suporte áudio e vídeo, informamos para as questões éticas, do carácter voluntário e da nossa disponibilidade para esclarecimentos adicionais que entendessem pertinentes.

A terceira etapa, fase de moderação, refere-se à sessão de grupo propriamente dita, cuja preparação prévia se assumiu essencial para a obtenção de um conjunto de informações e ideias estruturantes para o cômputo geral do trabalho.

## **2.4 – Organização e tratamento da Informação**

Finalizada a recolha dos dados da observação participante procedemos à organização e tratamento de todos os dados obtidos, de modo a iniciar a sua análise pois, como refere Fortin (2009, p. 410), “a análise dos dados empíricos exige, num primeiro tempo, organizar estes dados para que eles possam ser analisados”.

### **Fase 1: Observação Participante**

As entrevistas efetuadas, no final de cada turno, aos enfermeiros de serviço foram efetuadas individualmente, em sala fechada apenas com a presença do enfermeiro de serviço sem presença do médico, garantindo assim a total privacidade e confidencialidade dos depoimentos fornecidos. Estas entrevistas foram gravadas em suporte de áudio e, posteriormente, transcritas para documento de texto.

Os dados obtidos através das notas de campo foram transcritos para documento de texto, com recurso à grelha de observação anteriormente apresentada. Cada Enfermeiro foi identificado de acordo com a ordem da sua intervenção pelas iniciais E, seguido de um número sequencial. Temos assim os Enfermeiros “E1 e E2”. As notas de campo anotadas foram codificadas como “NC” e divididas por cada uma das 5 ocorrências assistidas: NC1 para a primeira ocorrência, NC2 para a segunda e assim sucessivamente. Tivemos então “NC1”, “NC2”, “NC3”, “NC4” e “NC5”.

Finalizadas as transcrições, procedemos à análise de conteúdo, das entrevistas, e das notas de campo, em moldes idênticos aos que descreveremos para o *focus group*.

## Fase 2: *Focus Group*

As informações obtidas através da realização do *focus group* foram gravadas em suporte de áudio e vídeo e transcritas para um documento de texto, a partir do qual se desenvolveu todo o processo de análise de conteúdo. Para Bardin (2011, p.40) consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. O seu objetivo passa por inferir conhecimentos relativos aos discursos produzidos.

De entre as várias técnicas apresentadas pela autora, optou-se pela análise categorial, por ser considerada para este estudo como a mais “eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples” (Bardin, 2011, p.199).

Na primeira etapa da análise denominada de pré-análise, procuramos organizar o material para análise de modo a torná-lo operacional, através da sistematização das ideias iniciais.

Inicialmente as gravações obtidas foram ouvidas duas vezes para que a transcrição fosse o mais fidedigna possível em rigor e fidelidade ao discurso dos participantes. Cada participante foi identificado de acordo com a ordem da sua intervenção pelas iniciais GF (referente ao *focus group*) seguido de um número sequencial. Definimos, assim, os 8 intervenientes por “GF1, GF2, GF3, GF4, GF5, GF6, GF7 e GF8”. Como moderador fomos identificados pela letra “M”

A transcrição desenvolveu-se em três etapas: na primeira fez-se uma transcrição direta dos discursos da gravação, ficando alguns espaços em branco nas situações em que este não foi entendido. Na segunda, foi revista a gravação e terminado o preenchimento dos espaços brancos deixados da fase anterior. Na terceira fase, procedeu-se a uma revisão integral do documento e reformularam-se algumas partes dos discursos menos perceptíveis para a sua integração neste relatório (Apêndice VIII). O decurso de todo o processo de transcrição das gravações assumiu-se como uma oportunidade única de familiarização com o documento produzido, permitindo um contacto exaustivo com o seu conteúdo, essencial na análise.

Concluída e revista a transcrição, foi feita uma leitura atenta do documento final e deu-se início à identificação das ideias chave que emergiram do seu conteúdo, tirando anotações nas margens do documento e identificando prováveis categorias em que tais ideias se poderiam enquadrar de modo a facilitar o processo de codificação da informação.

Segundo Ribeiro (2008) a fase de codificação é decisiva na análise de conteúdo da investigação qualitativa pois fornece um meio intencional para controlar, localizar,

identificar, examinar, definir e questionar os dados obtidos. Consiste numa transformação operada por recorte, agregação e numeração dos dados em bruto do texto, de modo a permitir atingir uma representação do seu conteúdo (Bardin, 2011).

O documento resultante da transcrição do *focus group* foi assumido como a unidade de contexto para a codificação das informações obtidas, constituindo-se como unidade de compreensão da significação das unidades de registo (Bardin, 2011). Os segmentos de conteúdo dos discursos dos participantes com significação foram definidos como as unidades de registo do documento a ser categorizado.

Identificadas as unidades de registo, tendo por base os referenciais teóricos, as questões e objetivos do estudo, procedeu-se à definição de temas, categorias e subcategorias.

No final deste processo, foi elaborada uma matriz de análise de conteúdo do *focus group* (Apêndice VI), constituída por quatro temas principais, cada um deles abrangendo as categorias, subcategorias e unidades de registo que estiveram na sua génese. O desenvolvimento desta matriz constituiu-se como uma vantagem para o desenvolvimento de toda a análise pois, para além de, inicialmente, nos permitir validar a organização e tratamento da informação, facilitou-nos, na fase seguinte, o trabalho de apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

## **2.5 – Processo de construção da Proposta de Padrão Documental**

Tendo em conta um processo por etapas, num sentido crescente de agregação da informação, com uma sequência contínua de fatos que apresentam uma unidade, subentendemos que, a construção desta proposta para Registos de Enfermagem na VMER, assentaria em três etapas sequenciais, que viriam a permitir agregar e estruturar informações e conhecimentos pertinentes, de forma crescente e assim, mais facilmente alcançar consenso e aceitação por parte da população alvo.

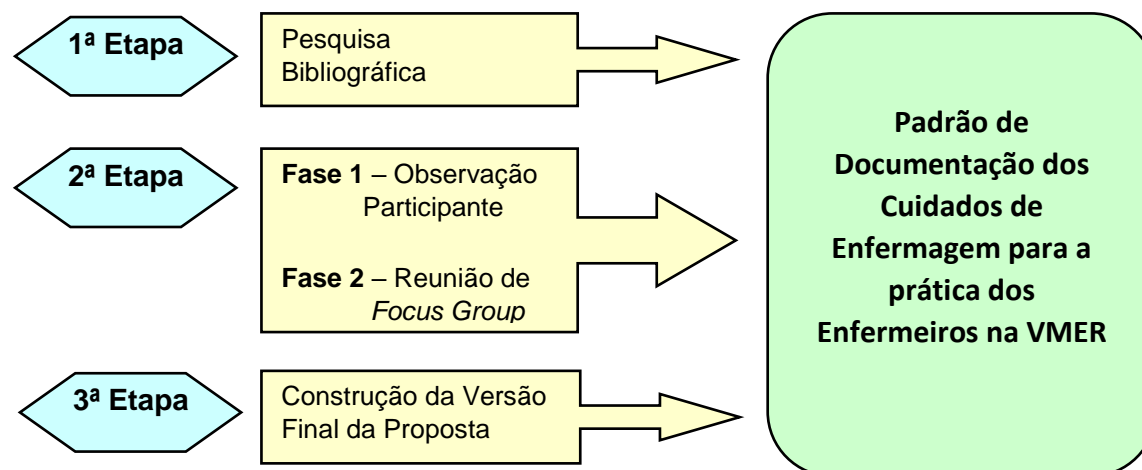
Depois da pesquisa bibliográfica inicial que nos permitiu ter uma ideia clara e concisa sobre o estado da arte, passamos ao trabalho de campo para colheita de dados e respetiva análise da informação no âmbito da observação participante e do *focus group*.

Por último cruzamos os resultados obtidos com os referenciais apropriados (CPAT e Versão normalizada 2020 do SClínico das intervenções de Enfermagem elegíveis) para assim construir a estrutura final da nossa proposta.



Este processo encontra-se, de forma ilustrativa e esquemática, representado na figura 2, onde podemos observar a sequência e conteúdos de cada uma das etapas:

Figura 2 - Construção do Padrão de Documentação



## 2.6 – Considerações éticas na realização deste estudo

Na investigação qualitativa, o investigador é pessoal e profissionalmente responsável por garantir que o desenho do seu estudo é sólido do ponto de vista ético e moral, nomeadamente no que respeita ao “consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador” (Streubert e Carpenter, 2013, p. 63).

Apesar do estudo não envolver diretamente utentes ou dados de utentes, nem qualquer instituição em particular, apenas os Registos de Enfermagem num estudo exploratório, submetemos um pedido de autorização formal ao Centro Académico e de Formação e à respetiva Comissão de Ética do Hospital da Senhora da Oliveira, EPE – Guimarães (Apêndice VII). Este estudo, que foi devidamente autorizado pelo parecer Ref: 20/2021, pelo Centro Académico e pela Comissão de Ética (Anexo A).

Para a realização da observação participante solicitamos, formalmente, um pedido de autorização ao INEM (Apêndices VIII) para a realização de um estágio observação, que contemplou dois turnos, em duas VMER diferentes da que nos encontramos a desempenhar funções, que foram devidamente autorizados (Anexo B).

A todos os participantes, quer nas entrevistas da Fase 1, quer aos peritos convidados para o Painel do *focus group* foram solicitados consentimentos informados livres e esclarecidos

para participação no estudo e recolha dos seus contributos, também todos eles devidamente autorizados, tal como já referido.

A conceção e execução do estudo foram integralmente norteados pelo rigor, assente nos fundamentos e pressupostos da *Declaração de Helsínquia - Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos* e fundamentados nos seus quatro princípios Éticos: Princípios da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça. (Beauchamp e Childress, 2002; Gonçalves, 2021)

Assumimos, por último, o compromisso da destruição de todo o material recolhido, dois meses após a conclusão e entrega da dissertação na sua versão final.

## **CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### 3 – OS RESULTADOS

Uma vez concluída a recolha, organização e tratamento da informação, a etapa que se segue consiste em apresentar, analisar e discutir os resultados obtidos ao longo desta investigação, o conjunto das informações que resultaram da análise de conteúdo das etapas anteriores. A apresentação será em texto narrativo cuja leitura e interpretação pretendemos facilitar, com o recurso à integração de quadros onde sintetizamos os resultados, permitindo ao leitor uma consulta rápida, objetiva e global dos mesmos.

Na investigação qualitativa, a flexibilidade dos métodos utilizados na colheita e análise da informação proveniente de diversas fontes, como os registos e as entrevistas, “favorecem a descoberta de novos fenómenos ou o aprofundamento de fenómenos conhecidos” (Fortin, 2009, pág. 300). Na etapa da análise a finalidade é “considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial” (Fortin, 2009, pág. 474).

Embora distintas, neste relatório, as etapas de apresentação e análise dos resultados estão agregadas no mesmo capítulo de forma a possibilitar uma leitura, compreensão e interpretação mais clara. Relembramos que o objetivo fundamental da Fase 1 de recolha de dados através da observação participante, notas de campo e entrevista de final de turno aos enfermeiros de serviço teve como objetivo estabelecer diagnóstico de inicial de situação com vista a preparar melhor a Fase 2 da recolha de dados no *focus group*.

Tendo em conta o alinhamento do estudo, a apresentação dos resultados das fases 1 e 2 serão feitos em separado. Com o intuito de facilitar a organização, compreensão da apresentação e posterior análise dos resultados de ambas, consideramos pertinente a sua estruturação pelas correspondentes áreas temáticas.

No final da apresentação de todos os resultados obtidos por área temática, será apresentado o ponto que consideramos dos mais exigentes na redação deste relatório, a discussão de resultados. Neste passo, pelo facto de “exigir uma reflexão intensa e um exame profundo de todo o processo de investigação” (Fortin, 2009, pág. 477), procuramos fazer a integração dos resultados obtidos no contexto global do estudo, considerando, para o efeito, o referencial teórico, o tema, as questões e seus objetivos.

### **3.1 – Registos de Enfermagem em EPH: Diagnóstico de Situação**

Neste primeiro ponto, serão apresentados e analisados os resultados obtidos por observação participante através da análise de conteúdo das informações das cinco ocorrências documentadas nos turnos efetuadas em duas VMER da região do Minho, bem como das entrevistas efetuadas, no final de turno, aos enfermeiros de serviço (2).

De modo a facilitar a compreensão da apresentação e análise dos resultados obtidos na Fase 1 da colheita de dados deste estudo, esta será apresentada tendo por base as temáticas que nos levaram à construção da grelha de observação e pela matriz de análise da entrevista (Apêndice V) criada para o efeito. Feito o esclarecimento passamos à apresentação dos resultados.

#### **a) Dos cuidados observados**

No dia 28 de janeiro foram documentadas, através de notas de campo, duas ocorrências e efetuada uma entrevista no final do turno ao enfermeiro de serviço. No dia 17 de fevereiro foram documentadas, por notas de campo, três ocorrências e efetuada uma entrevista no final do turno ao enfermeiro de serviço.

Quanto aos utentes atendidos e à sua caracterização observamos, em 5 ocorrências, o atendimento a cinco utentes, todos eles com necessidade de intervenção global pela equipa da VMER e todos com necessidade de intervenção específica de Enfermagem.

Foram atendidos e intervencionados dois utentes do género feminino e três do género masculino, com idades entre os 4 e os 78 anos de idade. Com todos eles houve necessidade de prestação de cuidados no local da ocorrência pela equipa e num deles houve necessidade de prestação de cuidados durante o transporte para o Hospital por intercorrência de novo (paragem cardiorrespiratória).

Nos cinco utentes atendidos observamos, na equipa, uma lógica organizada e sistematizada de definição de prioridades, intervenções baseadas na metodologia do ABCDE e uma preocupação dos operacionais em recolher informação complementar útil e necessária à continuidade de cuidados e à tomada de decisão clínica. Em duas situações foram prestados esclarecimentos e informações aos familiares e nas outras três não foram prestadas informações ou esclarecimentos que a situação clínica do utente impunha. Um porque não estava família presente (NC1), os restantes porque a equipa entendeu não ser necessário tal cuidado.

Quatro utentes tiveram acompanhamento médico durante o transporte para o Serviço de Urgência hospitalar, numa delas não houve necessidade de acompanhamento por parte da equipa. Nos quatro utentes acompanhados e entregues na unidade hospitalar observou-se passagem de informação clínica verbal entre os médicos da VMER e do Hospital. Nas cinco ocorrências foram efetuados registos clínicos de ocorrência pelo médico de serviço, no aplicativo I-TEAMS.

**Quadro 1 - Caracterização global dos utentes assistidos e das respetivas ocorrências**

Ocorrência	NC1	NC2	NC3	NC4	NC5
<b>Género</b>	F	M	M	M	F
<b>Idade (anos)</b>	4	65	78	59	42
<b>Queixa Inicial</b>	Crise Convulsiva	Dispneia	Dor torácica	Palpitações	Dispneia e Dor torácica
<b>Observação Inicial</b>	Executada	Executada	Executada	Executada	Executada
<b>Avaliação e Intervenção</b>	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE
<b>Avaliação de Sinais Vitais</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Informação aos familiares</b>	Ausentes	Não	Não	Sim Médico	Sim Médico
<b>Recolha de Informação complementar</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Transporte ao SU</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Acompanhamento</b>	Médico	Médico	Médico	Médico	Não
<b>Intercorrências no Transporte</b>	Não	Não	Sim PCR	Não	Não
<b>Registo Clínico da Ocorrência</b>	I-TEAMS	I-TEAMS	I-TEAMS	I-TEAMS	I-TEAMS

Quanto à intervenção, especificamente, dos Enfermeiros nas ocorrências observadas recolhemos os seguintes dados resumidos no Quadro 2.

Nestas cinco ocorrências importa-nos realçar que a avaliação e intervenção de enfermagem foram, todas elas, de estrutura assente na metodologia do ABCDE e com intervenções específicas efetuadas em cada um dos diagnósticos de enfermagem encontrados.

Apenas numa ocorrência foi efetuado acompanhamento por enfermeiro (e médico) com necessidade de intervenção da equipa durante o transporte (Paragem Cardiorrespiratória com necessidade de implementação de medidas de Suporte Avançado de Vida). Nos quatro transportes efetuados, apenas para o utente da ocorrência NC3 houve passagem

de informação entre o Enfermeiro da VMER e o Enfermeiro da unidade hospitalar que recebeu o utente.

Em nenhuma situação os enfermeiros prestaram informações, esclarecimentos ou orientações aos familiares presentes e não se observou nenhum registo de enfermagem efetuado para qualquer dos utentes atendidos.

**Quadro 2 - Intervenções dos Enfermeiros nas ocorrências observadas**

Ocorrência	NC1	NC2	NC3	NC4	NC5
<b>Avaliação e Intervenção pelo ABCDE</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Diagnósticos de Enfermagem encontrados pelo Investigador</b>	Risco de Aspiração Risco de respiração Ineficaz	Risco de Aspiração Dispneia	Arritmia Ansiedade Risco de PCR	Arritmia Ansiedade Risco de PCR	Ansiedade
<b>Intervenções Enfermagem efetuadas pelos Enfermeiros de Serviço</b>	Posição Lateral Aspiração Secreções Oxigenoterapia Acesso Venoso Administração Terapêutica Avaliação de Sinais Vitais	Posição Semi Fowler Oxigenoterapia Acesso Venoso Administração Terapêutica Avaliação de Sinais Vitais	Elevação da Cabeceira a 30° Oxigenoterapia Monitorização ECG Acesso Venoso Administração Terapêutica Medidas de Conforto (ansiedade) Avaliação de Sinais Vitais Suporte Avançado de Vida	Posição sentada Monitorização de ECG Acesso Venoso Administração Terapêutica Avaliação de Sinais Vitais	Monitorização de ECG Administração Terapêutica Ensino de medidas de conforto e controlo da ansiedade Avaliação de Sinais Vitais
<b>Acompanhamento no transporte</b>	Não	Não	Sim	Não	Não
<b>Passagem de Informação de Enfermagem no SU</b>	Não	Não	Sim Oral	Não	Não
<b>Informação à Família</b>	Família não presente	Não	Não	Não	Não
<b>Registos de Enfermagem efetuado</b>	Não	Não	Não	Não	Não

**b) Das entrevistas aos Enfermeiros no final de turno**

No final de cada um dos dois turnos, os dois enfermeiros de serviço concederam-nos, cada um, uma entrevista com intuito de percebermos, depois da observação de campo, a sensibilidade de cada um deles para a problemática em estudo e assim ter um diagnóstico de situação mais próximo dos intervenientes da prática de cuidados.

**Caracterização socioprofissional dos participantes:**

Como se pode observar no quadro 3, ambos os enfermeiros entrevistados eram do género masculino 100% (n=2). A idade apresenta um valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) de 40,0  $\pm$  5,0 anos, variando entre os 35 e os 45 anos.

Relativamente à formação académica, 100% (n=2) eram detentores do grau de Mestrado, tal como o respetivo título profissional em que, 100% (n=2) detinham o título de Enfermeiro Especialista.

Quanto ao tempo total de exercício profissional o valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) é de 18,0  $\pm$  6,0 anos, variando entre os 12 e os 24 anos. O tempo de exercício profissional em VMER, apresenta um valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) de 9,0  $\pm$  3,0 anos, variando entre os 16 e os 12 anos.

**Quadro 3 - Distribuição absoluta e percentual dos participantes nas entrevistas segundo a sua caracterização socioprofissional.**

Características socioprofissionais	Total dos Participantes	
	<i>n</i>	<i>n = 2</i> %
Idade M (dp)	40,0 (5,0)	
Min - máx	35 - 45	
Género		
Masculino	2	100
Formação Académica		
Mestrado	2	100
Título Profissional		
Enfermeiro Especialista	2	100
Tempo total de exercício profissional M (dp)	18,0 (6,0)	
Min - máx	12 - 24	
Tempo de exercício profissional em VMER M (dp)	9,0 (3,0)	
Min - máx	06 - 12	



### **Análise das entrevistas:**

Estas entrevistas, depois de transcritas foram, como já referimos, submetidas a análise de conteúdo com recurso à matriz de redução de dados (Apêndice 5). Decorrente desta análise de conteúdo ao discurso dos enfermeiros, logo no início das entrevistas foi reconhecida a pertinência da problemática e do estudo em curso, evidenciadas em 4 expressões significativas:

E2 - *Temos que ter os nossos registos escritos*

E1 - *[...] é um modelo que é bastante deficitário neste tipo de questão, nos registos efetivos [...]*

E1 - *[...] nós reconhecemos todos que há aqui um “problema” da inexistência de registos efetivos.*

E2 - *Os nossos registos são básicos, para caracterizar a saída da ocorrência.*

Do restante discurso dos participantes emergiram quatro áreas temáticas principais:

- Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH;
- Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH;
- Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização;
- Condicionantes à implementação de um Padrão de Documentação.

Em cada uma destas áreas temáticas foram criadas categorias, subcategorias e unidades de registo resultantes dos dados obtidos, os quais foram organizados na matriz de análise referida anteriormente (Apêndice V).

De seguida, passamos a apresentar a descrição pormenorizada de cada tema, categoria e subcategoria, com o seguinte destaque: “**ÁREA TEMÁTICA**”, “**Categoria**” e “Subcategoria”. No final da descrição de cada uma destas áreas temáticas, será apresentado um quadro resumo com a sistematização dos resultados alcançados por Unidades de Registo (UR) para cada categoria e subcategoria.

<b>ÁREA TEMÁTICA I</b>  <b>Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH</b>	<b>Oportunidades</b>
	<b>Continuidade de Cuidados</b>
	<b>Tomada de Decisão</b>
	<b>Qualidade</b>

Este tema resultou de um conjunto de dados produzido pelos discursos dos participantes, através dos quais foram evidenciadas as suas perceções acerca do valor acrescido que a documentação dos cuidados prestados poderá trazer à Enfermagem e aos enfermeiros da EPH, mais especificamente aos das VMER. Revelam uma consciencialização individual acerca do seu próprio desempenho nesta vertente dos cuidados. O discurso constituinte permitiu-nos criar quatro categorias “**Oportunidades**”, “**Continuidade de Cuidados**”, “**Tomada de Decisão**” e “**Qualidade**”, como se poderá ver no quadro síntese final.

### **Oportunidades**

Ambos os participantes consideraram a existência de registos relevantes para a evidência das suas atividades e uma mais-valia para o papel dos enfermeiros nesta área em particular.

E1 - [...] as nossas atividades sensíveis no pré-hospitalar, comecem a ser evidenciadas pelos registos [...]

E1 - [...] são uma mais-valia, que são uma necessidade [...] para dar evidência ao que nós fazemos

E1 - [...] será uma mais-valia para nós começar a evidenciar [...]

E2 - trará mais-valias, (...) na evidência realmente daquilo que nós fazemos

E1 - [...] nós estamos cá, temos números para apresentar

### **Continuidade de Cuidados**

Um participante referiu a importância dos registos na continuidade de cuidados entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar.

E1 – Deveria haver um registo formal de informação importante para acompanhar o doente, desde que é observado por nós, até que passa para a equipa de urgência.

### **Tomada de Decisão**

Ambos os enfermeiros reforçaram a importância da atitude e do raciocínio na tomada de decisão:

E2 - Ao executarmos um protocolo, também temos a nossa palavra, a nossa atitude.

E1 - [...] deviam ser registos transversais ao processo do doente.

E1 - O pré-hospitalar, também devia pertencer ao registo do doente.

E1 - Há um problema, temos que pensar: Existem soluções. Que tipo de soluções se podem desenvolver?

## Qualidade

Um participante lembrou a importância da qualidade dos cuidados prestados:

E1 – [...] fazemos com qualidade.

Quadro 4 – TEMA I - Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH

Categorias	Subcategorias	Frequência das UR	UR por Categoria	Total de UR
Oportunidades		5	5	11
Continuidade de Cuidados		1	1	
Tomada de decisão		4	4	
Qualidade		1	1	

<b>ÁREA TEMÁTICA II</b>  <b>Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH</b>		
	<b>Atitudes dos Enfermeiros</b>	<u>Comodismo</u>
		<u>Desresponsabilização profissional</u>
	<b>Modelo Biomédico no Pré-hospitalar</b>	

Reconhecendo, então, a importância dos registos dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente para a Enfermagem, foi solicitado aos participantes que indicassem os fatores subjacentes a esta inexpressão dos registos de enfermagem nos enfermeiros das VMER. Agrupamos o discurso dos participantes em duas categorias: “**Atitudes dos Enfermeiros**” e “**Modelo Biomédico no Pré-hospitalar**”. A Categoria Atitudes dos Enfermeiros integra duas subcategorias: “Comodismo” e “Desresponsabilização Profissional”.

## Atitudes dos Enfermeiros

### Comodismo

Ambos os participantes evidenciaram um discurso de comodismo, sem grande necessidade de juízo crítico sobre a prática habitual.

E1 – (...) parto do princípio que, (...) já muita gente pensou nisto, mas depois não o colocou em prática (...)

E1 - *Foi sempre assim;*

E2 – *Muitas vezes também pecamos porque somos demasiado brandos [connosco próprios]*

### Desresponsabilização Profissional

Um participante referiu-se por duas vezes à maior importância atribuída em geral à identificação do médico da equipa, do que propriamente à identificação do Enfermeiro da Equipa.

E2 – *Quando se pega na ocorrência, também se olha mais a “Quem foi o médico?”, e não a “quem foi o enfermeiro?”*

### **Modelo Biomédico no Pré-hospitalar.**

Nesta categoria foi assumido por ambos os participantes que, apesar dos cuidados serem prestados por um ou por ambos os elementos da equipa, consideram que apenas a parte médica procede à execução dos registos únicos exigidos à equipa.

E1 – *Temos atitudes que tanto podem existir da parte médica, como da parte de enfermagem (...) muitas vezes andam coladas.*

E1 – *(...) muitos deles passam apenas por registos da parte médica (...).*

E2 – *É a parte médica, muitas das vezes que regista.*

**Quadro 5 - TEMA II – Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência das UR</b>	<b>UR por Categoria</b>	<b>Total de UR</b>
<b>Atitudes dos Enfermeiros</b>	Resistência à Mudança	3	5	9
	Desresponsabilização Profissional	2		
<b>Modelo biomédico no Pré-hospitalar</b>		4	4	

<p><b>ÁREA TEMÁTICA III</b></p> <p><b>Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização</b></p>	<p><b>Características do Processo</b></p>	
	<p><b>Conteúdo</b></p>	<p><u>Informação inicial</u></p>
		<p><u>Intervenção primária “ABCDE”</u></p>
		<p><u>Intervenção secundária “FGHI”</u></p>
		<p><u>Protocolos de atuação</u></p>
		<p><u>Informação complementar</u></p>
	<p><b>Estrutura</b></p>	<p><u>Áreas de Registo</u></p>
		<p><u>Metodologia e estruturação dos dados</u></p>

Esta terceira área temática recolheu os contributos, no discurso dos participantes, de como poderão ser registados os cuidados de enfermagem e de que forma poderão ser estruturados. Neste tema, identificamos três categorias: “**Características do processo**”, “**Conteúdo**” e “**Estrutura**”.

### Características do Processo

Um dos participantes referiu a importância dos registos de enfermagem virem a ser objetivos uma vez que, no seu discurso, os enfermeiros são pouco objetivos.

E2 – (...) temos que ser objetivos. Somos pouco objetivos nos registos.

### Conteúdo

Nesta categoria identificamos cinco subcategorias: “Informação inicial”, “Intervenção primária ABCDE”, “Intervenção secundária FGHI”, “Protocolos de atuação” e “Informação complementar”.

#### Informação inicial

Um dos participantes referiu que, na primeira observação à chegada ao local da ocorrência, o utente apresentava um quadro de reduzida preocupação de emergência:

E2 – A situação clínica já evoluía há vários dias em que nada refletia a queixa descrita.

### Intervenção primária ABCDE

Um dos participantes descreveu as observações e intervenções aos utentes assistidos com recurso sistemático à metodologia do ABCDE:

E1- [...] no A, tinha via aérea permeável, em B, havia necessidade de oxigénio suplementar, que foi colocado; [...] tinha a via aérea permeável, embora tenha sido necessária ali uma aspiração de secreções.; Em termos de D, escala de coma de Glasgow, rondava os 7, exposição, DX de 122 e estava apirética

### Intervenção secundária FGHI

Ambos os participantes abordaram a necessidade dos enfermeiros desenvolverem um foco de atenção especial no apoio, esclarecimento e orientação à família:

E1 - O apoio à família é fundamental. A enfermagem é uma mais-valia [...] não temos esta tradução.

E2 - [...] alertada a família que não vamos para [...] comunicar para irem devagar, [...] explicar, falar.

Um dos participantes evidenciou, ainda, a necessidade de avaliação do conforto, da dor e da ansiedade, bem como o papel dos enfermeiros no ensino aos utentes.

E2 – Podíamos ter feito avaliação do conforto, da dor e da ansiedade.

E2 - [...] explicar que aquela medicação dada não é de ânimo leve; Dissemos-lhe vai acontecer isto, tenha calma” “Faça isto, faça aquilo.; [...] nós temos uma ação muito preponderante nesse aspeto (ndr: Ensino ao doente).

E2 - [...] é possível reduzir a ansiedade do doente não com medicação, mas com uma palavra [...].

### Protocolos de atuação

Um dos participantes apontou a existência de alguns protocolos na abordagem de determinados problemas clínicos em emergência médica e que devem ser objeto de registo por parte dos enfermeiros:

E2 – A primeira foi protocolo SAV, está tudo protocolizado, não havia ali manobra de fugir; [...] aí, também exige o protocolo da taquicardia.

### Informação complementar

Ambos os participantes enunciaram outras informações de registo como o transporte, a passagem de informação ou a sensibilização e ensino ao doente:

E1 - [...] fizemos acompanhamento até ao hospital, com necessidade, de insuflação manual.; [...] transferência de dados oral para a equipa da urgência [...] não há um registo efetivo do que foi realizado.

E2 - [...] foi sensibilizada, que estava a usar indevidamente o 112; [...] nós temos uma ação muito preponderante nesse aspeto (ndr: ensino ao doente)

## Estrutura

Nesta terceira categoria, foram agrupadas as expressões significativas quanto ao eventual modelo de padrão documental a construir, com duas subcategorias: Áreas de Registo e Metodologia e estruturação da informação para aplicar à forma como e onde a informação pode ser registada.

### Áreas de Registo

Um dos participantes referiu-se à necessidade de existência de campos de observação;

E2 - [...] campos de observação, [...] podíamos começar a utilizá-los

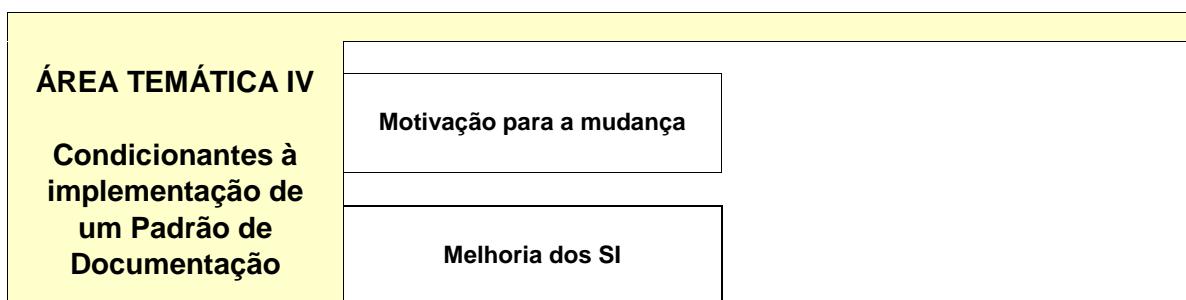
### Metodologia e estruturação dos dados

Um dos participantes apontou a necessidade da sistematização da informação pela metodologia do ABCDE.

E1 - [...] que esta abordagem seja sistematizada, portanto, baseada no ABCDE.

**Quadro 6 - TEMA III – Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência das UR</b>	<b>UR por Categoria</b>	<b>Total de UR</b>
<b>Características do processo</b>		1	1	<b>26</b>
<b>Conteúdo</b>	Informação Inicial	1	<b>22</b>	
	Intervenção Primária “ABCDE”	7		
	Intervenção Secundária “FGHI”	8		
	Protocolos de Atuação	2		
	Informação Complementar	4		
<b>Estrutura</b>	Áreas de Registo	1	<b>3</b>	
	Metodologia e Estruturação dos dados	2		



Esta última temática resultou do discurso dos participantes nas entrevistas e da recolha das perceções de melhoria destes, em que a existência de um Padrão de documentação poderia contribuir para resolver o problema.

Foram identificadas, então, duas categorias: **Motivação para a mudança** e **Melhoria dos Sistemas de Informação**.

#### **Motivação para a mudança**

Um dos participantes reconheceu a necessidade de melhorar a qualidade global dos cuidados, e que este desafio de implementação de Registos de Enfermagem pode contribuir para esta mudança:

E1 - *Acho que falta este salto qualitativo da nossa parte. [...] é necessária uma mudança do nosso paradigma*

#### **Melhoria dos Sistemas de Informação**

Os dois participantes apontam como necessidade uma evolução e melhoria dos Sistemas de Informação, onde um Padrão de Documentação terá um papel importante.

E1 - *[...] desenvolver um sistema que permita, que possamos fazer registos efetivos da enfermagem com base num padrão tipo.*

E2 - *Poderíamos pedir que aumentassem os quadros de atuação e de dados de observação para a enfermagem.*

**Quadro 7 - TEMA IV – Condicionantes à implementação de um Padrão de Documentação**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência das UR</b>	<b>UR por Categoria</b>	<b>Total de UR</b>
<b>Motivação para a mudança</b>		2	2	4
<b>Melhoria dos SI</b>		2	2	



### 3.2 – Registos de Enfermagem em EPH: Reflexão de grupo

A análise de dados das notas de campo e das entrevistas de final de turno permitiram-nos estabelecer um diagnóstico de situação mais conciso e próximo dos operacionais enfermeiros. Foi nuclear, também, na melhor preparação desta segunda fase a reunião do *focus group*, na construção dos blocos temáticos a refletir e na linha de raciocínio que pretendíamos que o decurso da reunião tivesse.

Apesar de alguns úteis contributos recolhidos com os participantes da etapa anterior, tornava-se agora imprescindível levar o problema a um nível superior de reflexão com peritos nestas matérias da prática de cuidados nas VMER e da parametrização do Sistemas de Informação em Enfermagem.

#### **Caracterização socioprofissional dos participantes:**

Como se pode observar no quadro 8 participaram no *focus group* 8 enfermeiros, dos quais apenas 12,5% (n=1) eram do género feminino. O género masculino encontrava-se representado por 87,5% (n=7) dos participantes.

A idade apresenta um valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) de  $46,5 \pm 5,53$  anos, variando entre os 42 e os 57 anos.

Em termos de formação académica, 25,0% (n=2) dos participantes eram detentores do grau de Licenciatura e 75,0% (n=6) detentores de Mestrado.

Relativamente ao título profissional, 87,5% (n=7) detinham o título de Enfermeiro Especialista e 12,5% (n=1) o título de Enfermeiro Gestor.

Quanto ao tempo total de exercício profissional dos participantes, o valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) é de  $23,25 \pm 6,11$  anos, variando entre os 16 e os 35 anos.

Seis participantes, 75%, detêm tempo de exercício profissional em VMER, com um valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) de  $16,50 \pm 4,72$  anos, variando entre os 11 e os 25 anos.

Dois participantes, 25%, detêm tempo de exercício profissional em SIE, com um valor médio  $\pm$  desvio padrão (dp) de  $16,50 \pm 4,50$  anos, variando entre os 12 e os 21 anos.

**Quadro 8 - Distribuição absoluta e percentual dos participantes no *Focus Group* segundo a sua caracterização socioprofissional**

Características socioprofissionais	Total dos Participantes <i>n</i> = 8	
	<i>n</i>	%
Idade M (dp)	46,5 (5,53)	
Min - máx	42 - 57	
Género		
Feminino	1	12,5
Masculino	7	87,5
Formação Académica		
Licenciatura	2	25
Mestrado	6	75
Título Profissional		
Enfermeiro Especialista	7	87,5
Enfermeiro Gestor	1	12,5
Tempo total de exercício profissional M (dp)	23,25 (6,11)	
Min - máx	16 - 35	
Participantes		
Experiencia em VMER	6	75
Experiencia em SIE	2	25
Tempo de exercício profissional em VMER M (dp)	16,50 (4,72)	
Min - máx	11 - 25	
Tempo de exercício profissional em SIE M (dp)	16,50 (4,50)	
Min - máx	12 - 21	

**O *Focus Group*:**

A sessão decorreu de forma não presencial no dia 06 de março de 2021, às 10:30h, via plataforma informática “ZOOM”, com duração total de 120 minutos. Optamos pela realização da reunião não presencial, por razões de segurança epidemiológica, devido à fase pandémica em que nos encontrávamos. Todos os convidados bem como os orientadores estiveram presentes na totalidade da sessão. Esta desenvolveu-se em três fases distintas, tal como preconizado por diversos autores: introdução, discussão e conclusão.

Na fase introdutória, demos as boas vindas, agradecemos a presença dos participantes e informamos que tínhamos recebido, via e-mail, os respetivos consentimentos informados e formulários dos seus dados socioprofissionais que permitiriam, posteriormente, fazer a caracterização do grupo.

Solicitou-se a apresentação individual de cada um dos Peritos do Painel e aos Orientadores deste estudo, uma vez que nem todos se conheciam pessoalmente. Foram retomados os objetivos da sessão, enquadrados na pertinência do estudo e explicados alguns pressupostos inerentes ao funcionamento do grupo durante a fase de discussão. Foi

reforçado o pedido de autorização para gravação de áudio e imagem da sessão para posterior transcrição, que foi autorizado por todos. A sessão ficou assim registada em suporte vídeo e áudio.

Na segunda fase da reunião, o recurso aos blocos temáticos definidos no guia de discussão foi de extrema importância no desencadear da participação dos sujeitos, e na sua condução, sempre suportado na problemática do estudo para a qual se pretendia obter dividendos e nos objetivos delineados para a sessão.

Na conclusão, foi dada a possibilidade, a cada um dos participantes, de acrescentar algum aspeto relevante para o tema em estudo que não tivesse sido ainda debatido e foram expressados os agradecimentos pela disponibilidade e cooperação na sessão. Foram, por último, informados sobre o prazo de entrega final do trabalho e que lhes iria ser enviado, posteriormente, uma cópia do resultado do estudo.

Esta entrevista de Grupo depois de transcrita foi, como anteriormente referido, submetida a análise de conteúdo, com recurso à matriz de redução de dados (Apêndice 6).

Decorrente desta análise de conteúdo ao discurso e reflexão dos peritos, na introdução ao problema, foi reconhecida a ausência de registos de enfermagem nas VMER com dez expressões significativas:

*GF2 - Faço VMER há 20 anos e nunca registamos nada; [...] andamos há anos sem conseguir registar o trabalho que fazemos. Todos nós acabamos por contribuir para o facto de não haver registos.*

*GF6 - Acho é que nós não temos tradução disto (intervenções efetuadas), e isto sim é importante; Nós fazemos uma documentação verbal.*

*GF3 – (ndr. No SU) podemos recolher informação através de relatos, mas isto são palavras;*

*GF8 - [...] façam-se os registos que não há [...]; Antes disso temos de ter registos, e pelos vistos não há.*

*GF4 - Atualmente não é problema porque não há registos.*

Ainda na fase introdutória, apenas um enfermeiro referiu que, por vezes, faz alguns registos de enfermagem, utilizando para o efeito o campo de observações do I-Teams.

*GF4 - às vezes coloco informações mais sociais do doente, se tem apoio, se é acamado para que os colegas do hospital vejam; Faço este registo neste campo (ndr. observações) digo a evolução do doente, a equipa que esteve lá, incluindo bombeiros, e alguma informação mais pertinente*

Globalmente, todos os participantes no grupo afirmaram uma elevada pertinência da problemática e do estudo em curso com utilização de dezassete afirmações claras para a existência de registos de enfermagem nas VMER:

**GF1 - Há 10 anos [...] já existia pertinência nesta temática dos registos de enfermagem no pré-hospitalar. GF3 - Sem registos não passamos de palavras, com isso conseguimos fazer pouco, daí a pertinência.**

GF4 - *A resposta a esta pergunta muito clara [...] é sim.*

GF2 – *É muito importante e pertinente; [...] não vais melhorar [...], vais fazer nascer algo que já devia estar feito há muito tempo; [...] é algo fundamental; Só pecca por ser tarde, mais nada.*

GF6 – *O tema é mais do que pertinente, não tenho dúvidas com a demonstração do nosso trabalho efetuado.*

GF5 – *É pertinente esta questão? Sim, sem dúvida.*

GF8 - *A questão, claro que sim que acho pertinente, não tenho dúvidas nisso; O ponto de partida é ter boa informação, logo é pertinente a todos os níveis esta discussão; [...] têm de haver registos e não os há; (ndr. Os registos) são um passo importante e fundamental.*

GF7 - *O problema que leva o doente ao hospital inicia-se na rua, em casa, onde a VMER o for buscar. Pertinente o Estudo? Obviamente que sim, não vejo impedimento para que seja feito; Acho que a pertinência é mais que clara; Não vejo impedimento para que possa ser feito.*

Da análise ao discurso de cada um dos oito participantes no *focus group* emergiram também quatro grandes áreas temáticas para o estudo em curso:

- Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH;
- Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem em EPH;
- Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização;
- Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação.

À semelhança da análise anterior em cada uma das áreas temáticas foram criadas categorias, subcategorias e unidades de registo resultantes dos dados obtidos, os quais foram organizados na matriz de análise.

Apresentamos, de seguida, a descrição pormenorizada de cada tema, categoria e subcategoria, com destaque anteriormente utilizado: “**ÁREA TEMÁTICA**”, “**Categoria**” e “Subcategoria”. No final da descrição de cada tema, será também apresentado um quadro resumo com a sistematização dos resultados alcançados por UR, e serão discutidos os resultados encontrados.

<p><b>ÁREA TEMÁTICA I</b></p> <p><b>Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH</b></p>		<u>Boa Prática</u>
		<u>Oportunidades</u>
	<p><b>Para a Enfermagem</b></p>	<u>Tomada de Decisão</u>
		<u>Continuidade de Cuidados</u>
		<u>Melhoria da Qualidade</u>
		<u>Responsabilidade legal e profissional</u>
		<u>Segurança dos cuidados</u>
		<u>Acesso à informação clínica</u>
	<p><b>Para o utente e comunidade</b></p>	<u>Autonomia e qualidade de vida</u>

Este primeiro tema resultou de um conjunto significativo de dados produzido pelos participantes, através dos quais foram evidenciadas as suas perceções acerca do valor e dos ganhos que a documentação dos cuidados prestados poderá trazer aos enfermeiros das VMER, bem como o benefício acrescido ao utente e comunidade.

Assim, esta temática apresentou resultados para a construção de duas categorias: “**Para Enfermagem**” e “**Para o utente e Comunidade**”.

### **Para Enfermagem**

Esta categoria apresenta resultados em seis subcategorias definidas por: Boa prática, Oportunidades, Tomada de decisão, Continuidade de Cuidados, Melhoria da Qualidade e Responsabilidade Legal e Profissional.

#### Boa prática

Foi referido por três peritos a necessidade e a importância de bons registos para auxiliar no cumprimento do melhor papel que o utente espera dos enfermeiros:

GF3 - *Temos de seguir as boas práticas e não há como fugir, os registos têm de existir.*

GF8 - *[...] ter informação traz boas consequências e bons cuidados; Importante para a prática profissional do enfermeiro; [...] tenho de salvar o doente e depois registar.*

GF2 - *Quem regista tem de ser o enfermeiro da VMER.*

#### Oportunidades

Foram elencadas um conjunto de oportunidades para os enfermeiros e para a enfermagem com a existência de registos de enfermagem.

Desde a visibilidade dos cuidados, à valorização das competências dos enfermeiros e à evolução da própria Enfermagem:

GF1 - [...] é fundamental para dar visibilidade àquilo que fazemos; Só conseguiremos demonstrar o nosso real valor com [...] o registo do que fazemos; Quando estamos ameaçados pela presença de outros técnicos, é mais importante evidenciar a nossa prática;

GF6 – Importância ao nível da visibilidade [...] e demonstrar o que fazemos; Não há uma visibilidade imediata na receção do doente do que foi feito, quer sejam intervenções autónomas ou interdependentes;

GF5 – (ndr. Os registos são) [...] uma ferramenta para garantir a nossa visibilidade e o nosso valor, importantíssimos; Algo da enfermagem foi feito, mas não há uma garantia de uma visibilidade concreta do nosso trabalho; [...] temos que garantir com registos a visibilidade do nosso trabalho; Os registos são a única garantia de visibilidade dos nossos cuidados; [...] representar a qualidade e visibilidade da nossa atuação.

GF4 - Esta visibilidade é extremamente importante; Apesar de eu fazer VMER há 11 anos, sei que o enfermeiro na rua sempre foi muito não visível.

GF3 - Numa tentativa organizada e retrospectiva de avaliar o nosso papel no pré-hospitalar temos pouco ou nada; Há “fotografias”, mas não muito mais do que isso; Temos que operacionalizar as nossas competências [...] para que seja possível verificar a evolução.

GF8 - Visibilidade, claro que sim, que haverá.

GF7 - ter uma definição inicial do problema [...] dará essa tal visibilidade [...].

### Tomada de decisão

Dois participantes lembraram que os bons registos contribuem para a tomada de boas decisões.

GF8 – ter informação, assumindo que é boa, significa tomar boas decisões; Esta tríade é muito importante: informação, tomada de decisão e qualidade; Não esquecer a vertente da tomada de decisão, que traduza aquilo que é a tomada de decisão.

GF4 - Se o médico prescreve [...] alguém tem de puncionar o doente, o nosso cuidado está implicitamente lá

### Continuidade de Cuidados

O painel foi unânime nas vantagens significativas dos registos na continuidade de cuidados e no auxílio à transmissão da informação entre os profissionais. Ressalvaram, neste contexto, as dificuldades e a perda de informação que por vezes existe entre as equipas do Pré-hospitalar e do SU.

GF6 – Outro ponto importante está relacionado com a transmissão de informação. do extra para o intra-hospitalar, a maior parte das vezes a informação perde-se.; É muito importante a parte de integração de cuidados e a continuidade dos mesmos.; Do SU por vezes ligam à VMER e perguntar “olhe, aquela informação não ficou muito clara.; [...] no SU nós esquecemo-nos; No meio da confusão da urgência, muita da informação do que fizemos, não é dada continuidade;

GF4 - A passagem do doente no hospital [...] é verbal apenas; O nosso fim é que a continuidade dos cuidados do doente prossiga dentro dos serviços de urgência.

GF7 – Registos permitem a reavaliação – o que o doente melhorou com aquela atividade do enfermeiro; Deve ser documentado para continuidade, onde se inicia, para que todo o percurso esteja documentado; Problema documentado na origem, quando o doente chega ao SU, dá-se melhor continuidade ao tratamento; O doente ficará internado [...] por aquele problema ou outros e vai necessitar de continuidade de cuidados; Para ter continuidade de cuidados, [...];

GF5 - Os registos nesta área são talvez a única garantia de continuidade; Sem um registo ficamos com a dúvida de se haverá essa continuidade dentro do hospital; Os registos podem garantir essa continuidade; (Por falta de registos) não conseguimos garantir que a continuidade de cuidados seja feita; [...] temos de garantir com registos a continuidade de cuidados;

GF3 - Eles permitem [...] a continuidade dos cuidados;

GF8 - Continuidade de cuidados certamente, sendo que esta deve ser abordada no pré e na unidade hospitalar.

### Melhoria da Qualidade

Os participantes foram, também, unânimes quanto à necessidade de cultura analítica com os registos. Estes devem ser mensuráveis, gerarem indicadores e padrões de qualidade para comparação e quantificação de ganhos em saúde.

GF1 - Conseguir que haja indicadores daquilo que fazemos.

GF3 - (n.d.r. Sem registos) Não conseguimos apresentar resultados; [...] monitorizar e avaliar o que fazemos e auditar; Sistematização dos registos, linguagem aceite e validada pelos pares, permite-nos ter práticas de comparação e reprodutíveis.; [...] saber o que é o melhor que temos para oferecer em cuidados aos doentes.; Sistematização, linguagem validada e aceite permite-nos ter práticas de comparação e reprodutíveis.; [...] não sabemos em situações sobreponíveis, o que se faz na VMER A, B ou C.; (n.d.r. Sem registos) [...] não conseguimos fazer Benchmarking com a nossa prática.;

GF8 - Dizer que fiz x algaliações ou x entubações, são dados; Não há cultura analítica se não houver informação registada e estruturada.

GF7 - Para termos indicadores [...] convém ter a reavaliação depois; É aí que se obtém o verdadeiro indicador e os ganhos sensíveis aos nossos cuidados; (n.d.r. registos permitem) [...] obter estatísticas de produção e ganhos de saúde.;

GF4 - não é mensurável, não é possível de estudar e não se consegue adquirir resultados no final do ano.

GF6 - Não acredito que não consigamos fazer traduzir os ganhos. Tem de se fazer.

### Responsabilidade Legal e Profissional

Um dos participantes abordou a importância da salvaguarda legal e profissional dos Enfermeiros que, ao pensar nesta questão, também irão ter o seu papel de relevo.

GF1 - É preciso resolver também a questão da legalidade; Não há ainda muitas situações da equipa médico e enfermeiro ir a tribunal, mas poderá a qualquer momento surgir e não há registos do que fizemos; Quando vamos a tribunal temos de consultar um monte de folhas em papel com já 10 anos.

### **Para o utente e Comunidade**

Por seu lado, nesta categoria foi-nos possível identificar três subcategorias: Segurança dos Cuidados, Acesso à informação clínica e Autonomia e Qualidade de vida.

### Segurança dos Cuidados

Dois participantes alertaram para a necessidade de segurança para todos.

GF4 - *Aqui também muito pelo lado da segurança do doente; A reflexão é importante também para a segurança do doente, [...] que é esse o nosso fim.*

GF3 - *Atuarmos com ganhos de [...] segurança para todos.*

### Acesso à informação clínica

Um dos peritos lembrou que a informação registada deve estar consagrada no Registo Eletrónico de Saúde e acessível ao utente.

GF7 - *Nesta perspetiva do “paperless” [...] o doente deve ter acesso à sua informação; [...] a informação da emergência pré-hospitalar deverá estar consagrada no registo de saúde eletrónico.*

### Autonomia e Qualidade de vida

Foram várias as preocupações anotadas por quase todo o painel que a falta de registos pode fazer perigar a qualidade de vida dos utentes e, em consequência, a sua autonomia.

GF8 - *Não tanto na importância do enfermeiro, mas mais no que o doente ganha com o que o enfermeiro faz; Importante nos registos é [...] o que o doente ganhou com isso;*

GF4 – *Estivemos este tempo todo sem registar nada, e quem sofre com isto é o doente; Não havendo seguimento dos registos há riscos e mortes evitáveis eventuais que podíamos evitar; Não me parece difícil motivar e explicar este novo registo com os ganhos em saúde, para o doente;*

GF7 - *O que traduziu em termos de melhoria ou não para ao doente.*

GF3 - *Atuarmos com ganhos de mais qualidade para o doente.*

GF2 - *Temos de lutar e mostrar que os registos são as mais-valias de ganhos, [...] para os doentes.*

**Quadro 9 - GF TEMA I – Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH**

Categorias	Subcategorias	Frequência das UR	UR por Categoria	Total de UR
<b>Para a Enfermagem</b>	Boa Prática	5	66	79
	Oportunidades	17		
	Tomada de decisão	4		
	Continuidade de Cuidados	19		
	Melhoria e Qualidade	15		
	Responsabilidade legal e profissional	6		
<b>Para o Utente e comunidade</b>	Segurança dos Cuidados	3	13	
	Acesso à Informação clínica	2		
	Autonomia e Qualidade de Vida	8		



<p><b>ÁREA TEMÁTICA II</b></p> <p><b>Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH</b></p>		<u>Comodismo e desmotivação</u>
		<u>Resistência à mudança</u>
	Atribuídos aos Enfermeiros	<u>Desvalorização dos registos enfermagem</u>
		<u>Desresponsabilização profissional</u>
		<u>Desrespeito pela pessoa doente</u>
		<u>Contextualização Profissional</u>
	Distúrbios das ferramentas	<u>Inacessibilidade aos recursos</u>
		<u>Incompatibilidades no circuito informático</u>
	Outros fatores	<u>Prática em modelo biomédico</u>
		<u>Gestão desvanecida</u>

Nesta área temática foram identificadas três categorias: **Atribuídos aos Enfermeiros**, **Distúrbios das Ferramentas** e **Outros fatores**

### Atribuídos aos Enfermeiros

Esta categoria foi subdividida nas seis subcategorias seguintes: Comodismo e desmotivação, Resistência à mudança, Desvalorização dos registos de enfermagem, Desresponsabilização profissional, Desrespeito pela pessoa doente e Contextualização contratual.

#### Comodismo e desmotivação

Cinco participantes relataram preocupação com a desmotivação e o comodismo dos enfermeiros para executarem registos de enfermagem e também porque não é uma exigência declarada para os enfermeiros nas VMER.

GF5 - [...] há uma falta de motivação do enfermeiro do pré-hospitalar para fazer registos; Tem várias causas, mas esta desmotivação existe; [...] não demonstramos a necessidade de efetuar registos; [...] falo por mim não é muito comum que o enfermeiro registe algo.

GF2 - Em papel para nós nesse aspeto até era melhor, para ver a medicação que fez, as coisas que fez; Há o comodismo dos enfermeiros, porque de facto é muito cómodo não fazer registos.

GF4 - Acho que há um sentimento de comodismo profissional e pessoal.

GF6 - [...] o problema começa em nós que nos acomodámos a não registar; [...] acho que está totalmente assumido que não se faz registos por comodismo.

### Resistência à mudança

Dois intervenientes apontaram a resistência à mudança como um fator a ter em conta, bem como a falta de reflexão sobre o tema e o aumento do trabalho que os registos podem implicar.

GF1 - [...] há sempre uma grande relutância [...]; [...] ainda há muita resistência (ndr. dos enfermeiros); Com a transição para o digital muitos colegas escusavam-se [...]; Isto vai trazer um conjunto de chatices para os enfermeiros [...]; Prevejo resistência dos enfermeiros a esta incomodidade nova que é fazer registos [...];

GF5 - Não há consciência muito clara do porquê registar a minha atividade e da sua importância; Porque nós não refletimos sobre o assunto e por causa disso não sentimos essa necessidade; Porque até nos sentimos mais ou menos bem assim, [...] é um bocado chato e trabalhoso registar coisas.

### Desvalorização dos registos de enfermagem

Três participantes mencionam a desvalorização dos registos de enfermagem, com a evocação que o registo feito pelo médico é em linguagem universal, portanto suficiente.

GF1 - [...] que era tudo uma fantochada e que não era necessário; 90% dos enfermeiros dirá que não são necessários os registos porque o médico já faz em linguagem “universal; O que não foi registado não foi realizado; Se não há registo de nenhuma atividade [...] para todos os efeitos, o enfermeiro não fez nada; [...] os registos podem complicar a situação [...] não trarão proveito nenhum.

GF4 - Socorremos a vítima, o médico regista e o enfermeiro repõe a carga;

GF3 - Para isso (ndr. executar procedimentos), um registo médico é suficiente.

### Desresponsabilização profissional

Seis dos oito participantes elencaram vários fatores que apontam a existência de desresponsabilização profissional, face aos registos de enfermagem. Desde a comparação com a Sala de Emergência, onde também poucos registos se fazem, outras prioridades no foco dos enfermeiros, e o facto do médico proceder ao registo de ocorrência, assumido, por alguns, que a informação necessária fica registada.

GF1 - [...] os enfermeiros gostam é de conduzir [...]; Estas questões de registos, diagnósticos e intervenções dizem ser muito académico.

GF4 - Também dentro da sala de emergência, mais de metade dos cuidados prestados não os registamos; (ndr. Na Sala de Emergência) [...] nós não os registamos mesmo tendo ferramentas para isso.

GF5 - Se o médico registar, que até regista, alguma coisa, pronto tá feito [...].

GF3 – [...] focamo-nos em sinais e sintomas e executamos procedimentos; (ndr. Não nos registos) [...] focamo-nos nas coisas mais fáceis e confortáveis [...]; (ndr. Não fazer registos) [...] compromete-nos menos ou quase nada porque não deixamos rasto.

GF6 - minha culpa, que não faço demonstrar esse desenvolvimento das minhas competências; Concordo que a falta de respeito pelo doente possa ser manifestada pela não existência do registo.

GF2 - Quando falamos nisto? “Ahh deixa estar, nem vale a pena mexer que assim não nos chateamos”.

### Desrespeito pela pessoa doente

Dois participantes abordaram o desrespeito que se cria pelo doente, traduzido pela inexistência de registos:

GF3 – *(nдр. Não registar) [...] acontece porque nós, temos uma falta de respeito pelo doente como pessoa; Olhamos para o doente como peça avariada [...]*

GF6 - *Concordo que a falta de respeito pelo doente possa ser manifestada pela não existência do registo*

### Contextualização contratual

Foi referido, por um dos participantes, que o facto da grande maioria dos enfermeiros executar estas tarefas em regime de acumulação de funções como um extra à sua atividade principal, também é fator para menosprezo pelos registos.

GF1 - *A ideia é ganhar um acréscimo salarial, as pessoas divertem-se, têm umas descargas de adrenalina a conduzir e quanto menos fizerem e mais ganharem melhor; Isto é uma acumulação, não há enfermeiros que eu conheça a tempo inteiro a fazer VMER; É um trabalho de acumulação, apesar de gostarem muito de fazer VMER.*

## **Distúrbios das Ferramentas**

Nesta categoria foram identificadas duas subcategorias: Inacessibilidade aos recursos e Incompatibilidades no circuito informático.

### Inacessibilidade aos recursos

Quase todos os intervenientes apontaram debilidades aos recursos materiais (Hardware) e aos Sistemas de informação, quer do INEM (I-Teams), quer hospitalar (SClínico). A mudança e a motivação passam também pela evolução do sistema de informação hospitalar para que os enfermeiros possam documentar a sua atividade nas VMER e esta possa incluir-se no PCU do utente.

GF1 - *[...] nem sempre temos os meios, os hardwares disponíveis; Antigamente tínhamos um verbete em papel que não era possível, não tinha espaço para registar nem sequer identificar o enfermeiro; [...] falta de espaço em termos dos sistemas de informação para os registos do enfermeiro [...];*

GF2 – *[...] os enfermeiros não têm sítio para registar nada; Quando têm algo que registar, tem de ser colocado na folha do médico e assinar na folha à frente.*

GF5 - *Até há pouco o suporte para registos era uma ficha, que nem espaço tinha para o Enfermeiro; Os que desenham as ferramentas, para a nossa atividade acabaram por nunca desenvolver ferramenta para esse registo; [...] no I-Teams, só há um espaço para o nome do enfermeiro ser registado; [...] até há pouco tempo nem sequer era considerada a hipótese de o enfermeiro registar.*

GF4 - *Quem faz VMER [...] sabe que não há tempo nem campo de registo; Registamos onde? Nas observações? Pois este é o único campo editável que colocamos.*

GF6 - *[...] porque não temos [...] um padrão de documentação.*

### Incompatibilidades no circuito informático

Vários intervenientes alertaram também para os problemas de interoperabilidade dos SI, quer do pré-hospitalar para o Hospitalar, quer mesmo dentro dos SI do ecossistema intra-hospitalar. A título de exemplo aponta-se a falta de ligação entre os módulos do SClinico de Urgência e do Bloco Operatório e a diversidade de SI em uso nos diversos Serviços de Urgência dos hospitais no território nacional.

GF2 - [...] o “paperless” acabou por quebrar essa ligação nesse sentido porque nós não temos acesso; No Bloco não conseguimos ter acesso (ndr. à ficha INEM), porque não temos acesso ao registo efetuado.

GF1 - A interoperabilidade dos sistemas falha. O sistema do pré-hospitalar não comunica com o SClinico; [...] é difícil para quem está no bloco ou na urgência verificar registos do que foi feito no pré-hospitalar; Resolver o problema entre sistemas, mesmo com registos, não vão ter toda a utilidade que poderiam ter; Há hospitais que têm como aplicativo informático o “Alert”, outros o da “Glintt”.

GF4 - A interoperabilidade, vai ser sempre uma dificuldade tremenda; Apesar de 80% dos hospitais utilizarem o SClinico, 20% podem fazer moossa.

GF8 - Quem compra o “software” da “Alert” ou o da “Glintt”? São os próprios hospitais e instituições; A instituição tem alguma autonomia para ir comprando e adquirindo diversos “softwares”.

### **Outros fatores**

Nesta última categoria em análise foram identificadas duas subcategorias: Prática em modelo biomédico e Gestão desvanecida.

#### Prática em modelo biomédico

Alguns participantes referem que a prática assente neste modelo contribui, também, para a inexistência de registos de enfermagem.

GF6 - O INEM [...] coloca o registo centrado no médico e não no médico e enfermeiro; Tem de se andar sempre à procura e o que é escrito pelo médico que costuma ser em bruto; No sistema do INEM, o registo que é feito (ndr. No I-Teams) fica num canto escondido;

GF1 – Diziam que os médicos já faziam os registos que englobavam as atitudes terapêuticas e os diagnósticos; [...] centravam muito no modelo biomédico, sempre na atuação do médico. [...] é o médico que faz os registos num tablet.

GF5 - A informação clínica à partida segue na ficha, mas é muito difícil fazer a destriça do que é que está ali registado em termos de cuidados de enfermagem.

GF4 - [...] os colegas do hospital e do SU vão consultar ou ler? Não sei se vão ou sabem o que se coloca lá.

#### Gestão desvanecida

Dois dos participantes referem que o facto de haver uma responsabilidade assumida pouco clara em termos de hierarquia de topo entre o INEM e o Hospital contribui, também, para a existência deste problema.

GF2 - *Um pormenor que contribui para a falta de registos. Acho que as VMER são de ninguém; Para certas coisas as VMER não são do hospital e para outras não são do INEM. Não há responsabilização; Nós somos pagos pelo hospital, a VMER é do INEM, e depois há aqui um jogo de empurra.*

GF6 - *O INEM regulador, coloca as VMER como sendo médicos e não equipas médicas.*

**Quadro 10 - GF TEMA II – Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência das UR</b>	<b>UR por Categoria</b>	<b>Total de UR</b>	
<b>Atribuídos aos Enfermeiros</b>	Comodismo e desmotivação	<b>9</b>	<b>39</b>	<b>74</b>	
	Resistência à mudança	<b>8</b>			
	Desvalorização dos registos	<b>7</b>			
	Desresponsabilização profissional	<b>9</b>			
	Desrespeito pela pessoa doente	<b>3</b>			
	Contextualização contratual	<b>3</b>			
<b>Distúrbios das Ferramentas</b>	Inacessibilidade aos recursos	<b>13</b>	<b>23</b>	<b>74</b>	
	Incompatibilidades no circuito informático	<b>10</b>			
<b>Outros Fatores</b>	Prática em modelo biomédico	<b>8</b>	<b>12</b>		<b>74</b>
	Gestão desvanecida	<b>4</b>			

<p><b>ÁREA TEMÁTICA III</b></p> <p><b>Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização</b></p>		<u>Foco na Enfermagem</u>
		<u>Ênfase na continuidade de cuidados</u>
	<b>Contributos ao Processo</b>	<u>Simples claro e objetivo</u>
		<u>Fácil e gerador de motivação</u>
		<u>Intuitivo</u>
		<u>Informações a registar</u>
	<b>Conteúdo</b>	<u>Linguagem dos registos</u>
		<u>Estruturação e áreas de registos</u>
	<b>Estrutura</b>	<u>Metodologia ABCDE</u>
		<u>Atualização do SIE</u>

Nesta área temática foram identificadas três categorias: **Contributos ao processo**, **Conteúdo** e **Estrutura**

### **Contributos ao processo**

Esta categoria, que reuniu um conjunto de contributos dos participantes com vista à preparação do padrão documental e do aplicativo de registo que o poderá vir a suportar, foi trabalhada nas cinco subcategorias seguintes: Foco na enfermagem, Ênfase na continuidade de cuidados, Simples, claro e objetivo, Fácil e gerador de motivação e Intuitivo.

#### Foco na enfermagem

O Padrão documental e o eventual aplicativo de registo deverá ser centrado apenas na evidência das atividades de enfermagem.

GF1 - *Que evidencie bem o trabalho do enfermeiro no pré-hospitalar.*

GF3 - *Que valorize e evidencie a atividade dos enfermeiros.*

GF5 - *[...] que permita perceber que isto traduz e dá visibilidade ao trabalho dos enfermeiros; Que traduza aquilo que fazemos; [...] representar a qualidade e visibilidade da nossa atuação.*

#### Ênfase na continuidade de cuidados

Dois dos participantes apelaram à necessidade, com os registos, de garantir a continuidade de cuidados entre o pré-hospitalar e o intra-hospitalar.

GF5 - *[...] um padrão que garanta a continuidade e segurança de cuidados do doente.*

GF4 – *Independentemente de tudo que garanta a continuidade do que fazemos [...]*

### Simples, claro e objetivo

Quase todos os intervenientes indicaram a necessidade que o padrão e o respetivo aplicativo fosse simples, claro e conciso, porque, de outra forma, poderá vir a dificultar a aceitação e a utilização efetiva pelos pares.

GF5 - *[...] um padrão que seja simples, claro e conciso.*

GF3 - *[...] ferramenta que nos ajudem a ser claros e objetivos.*

GF7 - *ter um conjunto de focos e intervenções reduzido, mais focalizado para resolver o problema agudo; Vejo os registos numa perspetiva mais simplificada. Na EPH eu pretendo resolver o problema agudo*

GF2 - *A principal sugestão: que o registo seja simples; Algo simples, [...] não podemos tratar 30 min o doente e passar outros 30 min a fazer registos; Tem de ser algo simples ou não ficamos disponíveis para a ocorrência seguinte; Simplificar os registos e implementar. Acho uma iniciativa fenomenal.*

GF4 - *Simplicidade no registo e utilidade no mesmo, para que possa ser bastante prático para todos.; Um processo simples. Tudo o que for processo complexo, na rua vai dificultar ainda mais; É importante simplificar o processo para que seja mais facilmente feito e aceite; [...] criar algo simplificado [...];*

GF6 - *Senão for simples vamos perder os colegas; Tem de ser uma “App” simples [...]; [...] poderá ser algo não tão complexo.*

### Fácil e gerador de motivação

Outra das preocupações manifestadas foi que o Padrão Documental e a respetiva aplicação venham a ser “amigas” do utilizador, num processo que também todo ele seja motivador para todos os enfermeiros que o irão utilizar.

GF5 - *[...] fácil de utilizar; Que seja fácil de motivar para a sua utilização; Não podemos complicar, senão vamos criar um grande problema; Se tornarmos isto muito complexo, os colegas perdem a vontade de registar [...];*

GF6 - *Que seja algo “userfriendly” [...] se for “friendly”, simples, as pessoas vão aderir; Tem de ser [...] “userfriendly”, se as pessoas comprarem o “boneco” vão usa-lo; Se fizermos algo muito complexo, vamos perder as equipas; Estamos a partir do zero e para chegar ao máximo não pode ser complicado; Senão for simples vamos perder os colegas; Traduzir isto na rua era importante, mas que fosse facilitador e motivador; Poderá ser algo não tão complexo.*

GF4 - *Torne mais fácil a recolha posterior de dados por exemplo na consulta.*

GF2 - *Não pode ser algo complexo; Fico melhor ao ouvir dizer que é possível facilitar;*

GF8 - *Centrado naquilo que se faz, e, portanto, fácil.*

### Intuitivo

Nesta subcategoria, reunimos os contributos chave dos intervenientes para que a arquitetura do registo se torne intuitiva para todos os utilizadores. Partindo dos procedimentos executados que sejam possíveis de elencar as atitudes ou os fenómenos e, dessa forma, avançar para intervenções de enfermagem sugeridas pela aplicação, onde o enfermeiro, por meio de “piscos”, valide o que efetivamente executou naquele utente.

GF1 - *Com hipótese de aparecer de forma intuitiva os diagnósticos de intervenções mais comuns e depois deixar um texto em aberto para outros diagnósticos e procedimentos não tão comuns.*

GF6 - *Tem de ser [...] intuitivo; [...] se pensarmos no procedimento executado ele vai elencar na Atitude ou no fenómeno; Se eu registar uma aspiração de secreções estou a querer elencar uma limpeza ineficaz da via aérea; Elencar dentro de cada uma das letras da avaliação (ABCDE), por exemplo colocar no C monitorizar deficiência cardíaca e monitorizar o status hemodinâmico e isto traduzir algum compromisso em que depois eu poderia definir que seria em grau ligeiro ou moderado para simplificar; Que elencasse intervenções e levassem a algo e esse algo construiria para todos os efeitos o registo.*

GF7 - *[...] intuitivamente [...] seleccionaríamos por "touch" no ABCDE um problema que encaixaria;*

GF5 - *Um modelo que seja intuitivo [...]; Acredito que pode ser ultrapassado se o instrumento construído for intuitivo.*

GF4 - *[...] intervenções de enfermagem e atitudes poderiam ser colocadas por intermédio de uns piscos.*

### Conteúdo

Nesta categoria, face ao discurso dos participantes, foram criadas duas subcategorias: Informações a registar e Linguagem dos registos. Estas reúnem as informações prestadas quanto ao conteúdo do que deve ser registado e que linguagem a utilizar para o efeito.

#### Informações a registar

Nesta subcategoria os participantes referiram a necessidade de registar as atitudes terapêuticas, focos ou diagnósticos de Enfermagem e as intervenções de Enfermagem, com possibilidade de reavaliar cada uma delas. Registar, não tudo, mas aquilo que é verdadeiramente importante no tratamento daquele utente.

GF2 – *Tudo o que percebemos que o doente tem alterado e o que lhe fizemos para melhorar; [...] registar a avaliação do doente e depois as atitudes e os diagnósticos que forem feitos.*

GF4 - *Registar a nossa atuação, sem inventar nada.; Registrar a nossa atuação para que no intra-hospitalar o caminho do doente tenha seguimento.; Devemos registar a nossa atuação porque na rua muita coisa é feita pelo enfermeiro.; Todas as que dentro da nossa atuação sejam pertinentes e que o doente vá ganhar com isso; O que é que nós fizemos? Uma aspiração, uma punção, uma Cinesiterapia respiratória.*

GF5 – *Devemos registar as intervenções autónomas do enfermeiro; O que registar? [...] as intervenções autónomas do enfermeiro.; Em relação aos constrangimentos, o principal é encontrarmos o modelo de registo.*

GF8 - *Registar não tudo, mas apenas o que for mais relevante [...]; Tem de se pensar o quê? Que informação e conjunto de dados têm de lá estar [...].*

GF7 - *[...] chegar ao resumo mínimo de dados a guardar relativos à emergência pré-hospitalar; Nas atitudes sugeridas, que estão definidas para aqueles problemas agudos, as intervenções padrão que são feitas; [...] um conjunto padrão de diagnósticos de problemas agudos que são atendidos pelo pré-hospitalar e ver aquilo que é o mais frequente.*



### Linguagem dos registos

Os participantes reforçaram a necessidade de uma linguagem estruturada e padronizada de acordo com a familiaridade de todos. A CIPE cumpre com este requisito.

GF4 - *Linguagem padronizada com a qual estamos familiarizados (CIPE) e transferi-la para a rua.*

GF3 - *[...] linguagem padronizada para o que fazemos e podemos utilizá-la no pré-hospitalar;*

GF2 – *Linguagem adequada [...];*

GF1 - *[...] a linguagem deveria ser comum;*

GF7 - *[...] linguagem Classificada que está no SClinico, a CIPE, numa perspetiva de pré-hospitalar, toda essa atividade está prevista e existe tradução na classificação; Penso que não é nada incompatível com o que existe em termos de linguagem classificada;*

GF8 - *Acrescento que esta informação tem de ser estruturada obrigatoriamente; Está definido que temos de utilizar a linguagem CIPE [...]; [...] as intervenções e a forma de registar alguns dados têm de manter alguma coesão para integração no SClinico seguindo a lógica da linguagem.*

### **Estrutura**

Nesta categoria, com base no discurso dos participantes, foram criadas três subcategorias: Estruturação e áreas de registo, Metodologia ABCDE e Atualização do SIE. Partindo do princípio que o padrão de documentação e a aplicação ou novo módulo de registos de enfermagem serão trabalhados para integrarem o SClinico hospitalar, foram estratificados os contributos em três pilares.

#### Estruturação e áreas de registo

Os registos deverão ser estratificados em três áreas fundamentais: Identificação do doente e informação inicial, Procedimentos, atitudes terapêuticas e focos Diagnóstico com as intervenções associadas e Informação complementar. A área de registos de atitudes focos e intervenções associadas permitir ser possível reavaliar as vezes que forem necessárias. Sempre de forma estruturada.

GF4 – *Basear nos procedimentos. As atitudes de enfermagem. E as intervenções vêm associadas a um levantamento ou foco daquele diagnóstico de enfermagem.*

GF2 - *Podia ser um registo com identificação do doente, antecedentes, medicação que faz, como é que se encontrava [...] o que é que nós fizemos e como é que ele ficou.*

GF7 - *Teríamos um conjunto muito pequeno de intervenções que é aquilo que se faz habitualmente na emergência pré-hospitalar que traduziriam essa atividade; Podemos utilizar da estrutura do SClinico para a emergência pré-hospitalar e poder ter a continuidade depois do registo para dentro do hospital.*

GF8 - *Aqui tem de ser aplicado algo [...] não centrado naquilo que são os diagnósticos [...] mas sobretudo naquilo que são as intervenções; [...] tem que se pensar no padrão, definir com clareza o que o enfermeiro faz, em que momento e depois estruturar a informação para encaixar numa lógica do modelo de dados do SI; Conjunto de dados têm de lá estar, de forma estruturada.*

### Metodologia ABCDE

Nesta subcategoria, as opiniões dos intervenientes da prática foram unânimes: seguir a metodologia ABCDE na identificação e registo das atitudes ou focos e intervenções de enfermagem.

GF3 - *Estamos familiarizados com o “ABCDE” e não devemos fugir muito disso ao construir uma ferramenta.*

GF2 – *Sou da opinião de que deveríamos seguir o “ABCDE”; [...] avaliação ABCDE.*

GF4 - *Abordagem do “ABCDE” porque na rua já o fazemos.*

GF1 - *Através do “ABCDE” como foi dito.*

GF6 - *Concordo com a abordagem “ABCDE”; Devemos padronizar num conjunto mínimo, usando o “ABCDE” seria ótimo.*

GF5 – *Com o “ABCDE” podemos arranjar algum esquema, este é o foco de intervenção em doente crítico.*

GF7 - *O “ABCDE” pode ser usado por exemplo, como se quiser definir.*

### Atualização do SIE

Nesta última subcategoria, emergiu a necessidade de atualização do SClínico com um novo aplicativo acoplado ao módulo de Urgência que permita, especificamente, carregar este novo padrão de documentação estruturado e dedicado à EPH.

GF3 - [...] *devíamos focar no que existe e operacionalizar como ferramenta de registos para a nossa área.*

GF5 – (ndr. O SClínico) *em contexto hospitalar, é demasiado complexo para o contexto pré-hospitalar.*

GF2 - *A ideia que tenho é que é difícil, fazer atualmente registos no SClínico.*

GF4 - [...] *pegarmos na base existente (ndr. SClínico), no resumo mínimo de dados da atividade de enfermagem que já está feito e adaptá-lo à emergência pré-hospitalar.*

**Quadro 11 - GF TEMA III - Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização**

Categorias	Subcategorias	Frequência das UR	UR por Categoria	Total de UR
<b>Contributos ao processo</b>	Com Foco na Enfermagem	5	<b>48</b>	<b>92</b>
	Ênfase na Continuidade de Cuidados	2		
	Formato simples, claro e objetivo	15		
	Fácil e Gerador de Motivação	16		
	Intuitivo	10		
<b>Conteúdo</b>	Informações a registar	15	<b>24</b>	
	Linguagem dos registos	9		
<b>Estrutura</b>	Estruturação e áreas de registo	7	<b>20</b>	
	Metodologia ABCDE	9		
	Atualização ao SIE	4		

<p><b>ÁREA TEMÁTICA IV</b></p> <p><b>Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação</b></p>		<u>Motivação e área de intervenção própria</u>	
	<p><b>Disposição dos enfermeiros</b></p>		<u>Liderança e motivação das equipas</u>
			<u>Resistência dos utilizadores</u>
			<u>Foco na problemática</u>
	<p><b>Garantias das ferramentas</b></p>		<u>Confidencialidade dos dados</u>
			<u>Hardware e software</u>
			<u>Desenvolvimento e interoperabilidade</u>
		<p><b>Fatores institucionais</b></p>	
			<u>Política e gestão superior</u>

Esta área temática emergiu da antecipação, por parte dos participantes, das premissas que possam vir a condicionar a futura implementação e operacionalização da proposta de Padrão de Documentação.

Das expressões significativas do discurso dos participantes agrupada nesta área temática foi-nos possível criar três categorias: **Disposição dos enfermeiros**, **Garantia das ferramentas** e **Fatores institucionais**.

No final desta reflexão foi, ainda, sugerido por dois dos participantes o alargamento deste grupo a elementos de referência em associações profissionais da área da emergência e a representantes da Ordem dos Enfermeiros.

### **Disposição dos enfermeiros**

Esta categoria reuniu um conjunto de sugestões, interrogações e premissas dos participantes à aceitação e ao sucesso da implementação futura deste projeto. Foram criadas quatro subcategorias para o efeito: Motivação e área de intervenção própria, Liderança e motivação das equipas, Resistência dos utilizadores e Foco na problemática.

#### Motivação e área de intervenção própria

Foi mencionado por diversos participantes a necessidade de auto motivação para levar os registos avante com reforço nas áreas de intervenção própria.

GF6 - *Tenho o gosto de trabalhar numa instituição que a VMER é menos terra de ninguém, [...], portanto acredito que até seja mais fácil introduzirmos este padrão de documentação; Nunca vi um médico a fazer cinesiterapia respiratória, tolete brônquica ou aspiração de secreções profunda; [...] temos um campo de*

*intervenção, e não vou lá fazer uma série de intervenções e voltar; A nível intra-hospitalar sinto a necessidade não só de efetuar, mas também como consumidor interno; Nós vamos lá [...] e temos uma intervenção dirigida à família, ao doente, intervenções autónomas; [...] não andamos na rua a conduzir o carro e a cumprir prescrições médicas.*

*GF3 - Não nos devemos esconder debaixo de guarda-chuva nenhum, somos enfermeiros, temos o nosso papel; Temos que operacionalizar as nossas competências [...] para que seja possível verificar a evolução, de melhoria ou de detioração; Somos um grupo, temos massa crítica, [...] há iniciativas que podem e devem ser tomadas por nós. Esta é uma delas.*

*GF5 – (ndr. Existência de um padrão) pode tornar-se uma motivação extra para o sucesso desta implementação.*

### Liderança e motivação de Equipas

Alguns participantes acreditam que, para além da auto motivação terá que haver, também, um papel ativo da liderança operacional dos coordenadores das VMER na motivação das equipas, para que o sucesso da implementação se venha a tornar efetivo.

*GF1 - [...] dependente das coordenações da VMER de cada Hospital [...]; Podemos ter alguns constrangimentos pelas equipas, hospitais e operacionais.*

*GF5 - Nas equipas um dos constrangimentos é mesmo a motivação dos responsáveis para esta mudança; Vemos coordenações onde a mudança do papel para o digital acarretou um não redondo; Depois fazer com que as coordenações consigam motivá-las para a mudança.*

*GF3 - Os coordenadores terão que ter engenho e arte de convencer os pares que também o querem [...]; Se num grupo só eu quiser, os outros vão fazer quando eu estiver, mas quando não estiver vão deixar; Tudo pode ser motivo para não fazer, por isso há que ter engenho e arte de fazer convencer os colegas de que isto faz a diferença, é necessário e que ontem já era tarde.*

### Resistência dos utilizadores

Quatro participantes referiram-se em concreto à possível resistência dos enfermeiros.

*GF2 - Vai haver uma resistência enorme por parte dos enfermeiros, pois a mudança resulta em resistência.*

*GF8 - Por último o utilizador. Não quer dizer que o utilizador seja o último a ser considerado.*

*GF5 – Está a ser acrescentada uma exigência que não existia; Agora com um salto muito maior [...] adicionamos um novo sistema de documentação”; Qualquer mudança é uma resistência.*

*GF4 - Não podemos ser nós enfermeiros a complicar este processo.*

### Foco na Problemática

Dois dos participantes reforçaram a necessidade de se manter o foco nesta fase na problemática da criação do Padrão documental e só em fase posterior pensar nas restantes dificuldades. Pensamento etapa a etapa.

*GF8 - É importante centrar-se no foco. O foco é este padrão, saber aquilo que é ou que deve ser registado; A questão das integrações, dos utilizadores, dos circuitos, como é que isto funciona, nos diferentes hospitais deverão ficar para fase posterior; A vertente tecnológica, com um ou dois Tablet, com um smartphone, nós já temos ferramentas.*

GF7 - *A minha sugestão é deixar as questões tecnológicas mais para a frente; Interessa é o que é que nós pretendemos colocar lá, depois a forma de o fazer é sempre possível. Depois de estar construído o referencial, é uma questão dos engenheiros e informáticos se entenderem.*

### Garantia das ferramentas

Nesta categoria foram agrupadas as questões que, na ótica dos participantes, podem vir a condicionar o sucesso da implementação do Padrão Documental. Os dados foram ordenados em três subcategorias: Confidencialidade dos dados; Hardware e software e Desenvolvimento e interoperabilidade.

#### Confidencialidade dos dados

Um dos participantes lembrou a importância da salvaguarda da informação registada, pelo seu carácter sensível.

GF8 - *Estamos a falar de informação de doentes dados críticos, confidencialidade; Tem de estar numa rede própria e controlada. Atenção à proteção de dados.*

#### Hardware e software

Vários participantes manifestaram preocupação com a gestão dos meios e ferramentas informáticas, quanto à forma de se poder operacionalizar os registos com o mínimo de perturbação entre os elementos da equipa.

GF5 - *Num novo sistema onde o enfermeiro faz registos [...] como se processa? 2 computadores?; Como fazemos na prática? 5 minutos para o médico e outros 5 para o enfermeiro no mesmo aparelho? É outro hardware? É feito na base?*

GF8 - *[...] temos a questão do hardware – onde é que isto vai ficar registado, como vai ficar registado?; Depois temos a lógica do software, que software, que modelo de dados?*

GF1 - *Uma aplicação no smartphone? Temos a aplicação e os dados confluem para o mesmo sítio.*

GF7 - *Um touchpad com uma App intuitiva e com o toque seleciono as áreas que quero registar; A dificuldade não será por aqui, o software desenvolve-se e o hardware adquire-se.*

GF6 - *Ter um segundo Tablet na equipa para que cada um faça o seu registo, não é um custo relevante.*

#### Desenvolvimento e interoperabilidade

Face às dúvidas colocadas pelos operacionais da prática, os dois participantes da área dos SI hospitalar clarificaram um conjunto de questões quanto à integração da informação no PCU do utente, ao desenvolvimento e interoperabilidade dos SI ou aplicações que venham a ser usadas para a efetivação dos registos.

GF8 - *[...] o sistema de informação tem de ser ajustado aquilo que é a prática real e de cuidados; O modelo terá de ser algo diferente do modelo atual do SClinico, agora tem de ter esta integração; Não vamos aplicar o modelo de dados que existe no contexto hospitalar; O modelo e o sistema de dados têm de ser completamente*

*diferentes do que se tem porque é uma realidade completamente diferente [...]; [...] faz sentido a informação integrar o SClinico e depois integrar todo o Processo Clinico Único do doente; [...] devem haver registos, quando os vamos ter e pensar na interoperabilidade; A Interoperabilidade é um tema que terá de ser discutido mais à frente, mas sim hoje é possível; É possível haver ligação, é possível que a equipa na urgência tenha acesso à informação; A quinta área, que temos vindo a falar é a do integraware, portanto esta questão da interoperabilidade [...];*

*GF7 - Compreendo a complexidade que veem no SClinico e na sua forma atual do serviço de urgência, mas não é módulo tal como está que vejo para a EPH; Portanto aqui terá que haver uma evolução tecnológica [...]; Terá de haver um salto tecnológico, utilizar a base existente, mas obviamente noutros moldes; Quando penso num SI, em informação classificada para EPH não estou a ver a versão atual do SClinico; [...] mas não na forma como funciona o SClinico, pois isso é impensável; Falamos de um problema de enfermagem um foco ou um diagnóstico, temos mais que uma dimensão no diagnóstico. Dimensões e subdimensões que podem ser trabalhadas no internamento, não no SU.*

### Fatores institucionais

Por fim, nesta última categoria, foram agrupadas as expressões associadas aos fatores externos aos utilizadores, nomeadamente de carácter institucional. Os dados estão agrupados em duas subcategorias: Equipa de implementação e política e gestão superior.

#### Equipa de implementação

Um dos participantes enunciou dois fatores que podem condicionar, o *peopleware* e o *localware* associados à equipa de programação, parametrização e implementação técnica.

*GF8 - A terceira é chamada de “peopleware”. Numa organização, existem constrangimentos. Tem de ser pensado em equipa multidisciplinar e essa equipa também terá constrangimentos [...]; [...] o “localware”, ou seja, os circuitos e fluxos de informação e prestação como é que acontecem.*

#### Política e gestão superior

Vários participantes concordam que haverá necessidade de emanação de uma política institucional, quer dos hospitais que comportam VMER, quer do próprio INEM.

*GF2 - Não sei qual será a “disponibilidade do INEM” em colaborar ou se terá alguma interferência.*

*GF1 - Vai estar sempre muito dependente do INEM.; Poderão haver resistências por parte do INEM e das organizações de saúde.*

*GF3 - Para que isto aconteça tem de existir uma decisão política; Da decisão, vai ter de fazer parte “É obrigatório ou não?”; [...] o enfermeiro para fazer pré-hospitalar tem de fazer registos; Os registos, vão ter resistência, mas tem e haver decisão e estratégia.*

*GF6 - O nosso problema, o maior constrangimento é a política, não a forma nem o conteúdo; A decisão política tem de vir de cima para baixo.*

**Quadro 12 - GF TEMA IV - Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência das UR</b>	<b>UR por Categoria</b>	<b>Total de UR</b>
<b>Disposição dos Enfermeiros</b>	Motivação e área de intervenção própria	10	<b>30</b>	<b>68</b>
	Liderança e Motivação das Equipas	8		
	Resistência dos utilizadores	6		
	Foco na Problemática	6		
<b>Garantias das ferramentas</b>	Confidencialidade de dados	2	<b>25</b>	
	Hardware e Software	8		
	Desenvolvimento e Interoperabilidade	15		
<b>Institucionais</b>	Equipa de Implementação	2	<b>11</b>	
	Política e Gestão Superior	9		

### **3.3 – Construção da Proposta de Padrão Documental**

Os resultados atrás obtidos permitiram-nos validar a pertinência do estudo e a metodologia a adotar para a Construção da versão final da Proposta de Padrão de Documentação dos Cuidados de Enfermagem na EPH, doravante identificado apenas como Padrão Documental.

Alinhamos o resultado anterior com os referenciais apropriados (CPAT e Versão normalizada 2020 do SClínico das intervenções de Enfermagem elegíveis) e verificamos que a identificação dos cuidados a serem incluídos no Padrão Documental foram pouco objetivos e vagos com alusões a uma ou outra intervenção de enfermagem nomeadamente no campo das intervenções autónomas dos Enfermeiros.

Optamos, então, por fazer uma extração dos procedimentos que fazem parte da Tabela de Base do I-TEAMS (em 09/03/2021) obtendo, dessa forma, uma lista inicial de 45 procedimentos passíveis de gerar intervenções de Enfermagem ou Focos de Atenção (Diagnósticos De Enfermagem) e respetivas Intervenções de Enfermagem.

Procedemos a algumas correções de denominação, eliminamos 9 procedimentos em que as denominações eram redundantes, duplicadas, vagas ou genéricas, desdobramos um procedimento genérico (Oxigenoterapia) em quatro procedimentos possíveis e acrescentamos mais 20 procedimentos habituais em EPH com base na pesquisa bibliográfica, nos contributos dos Peritos do *focus group* e na nossa experiência profissional. Ficamos, assim, com uma lista de 62 procedimentos habituais ou passíveis de

serem realizados em EPH com os quais há Cuidados de Enfermagem a serem implementados.

**Quadro 13 - Procedimentos habituais em EPH**

PROCEDIMENTOS DO I-TEAMS		Incluídos no Estudo pelo Investigador
Excluídos do Estudo	Incluídos no Estudo	
	Acesso Arterial	
	Acesso Intraósseo	
	Acesso Venoso Central	
	Acesso Venoso Periférico	
	Algaliação	
Análises		
		Garrote ou Torniquete
		Apoio no Luto
	Aquecimento Corporal	
	Arrefecimento Corporal	
	Aspiração Secreções	
	Colocação de BIPAP	
		Cabeceira a 30°
	Cardioversão	
		Cinto Pélvico
	Colar Cervical	
	Colete Extração	
	Colheita Sangue	
		Compressão Cardíaca com Compressor Mecânico
	Compressão Torácica Externa	
CPAP		
CPAP com PEEP		
	Cricotirotomia	
	Dequitação	
	Desfibrilhação	
Desobstrução da Via Aérea		
		Drenagem Pneumotórax Hipertensivo por Cateter
	Drenagem Torácica/Toracocentese	
	ECG 12	
		ECMO
		Ensino e Orientação à família
	Entubação Endotraqueal	
	Entubação Gástrica	
	Entubação Nasotraqueal	
	Entubação Orotraqueal	



**Quadro 13 (Cont.) - Procedimentos habituais em EPH**

Excluídos do Estudo	Incluídos no Estudo	Incluídos pelo Investigador
	Episiotomia	
		Avaliação da Escala Coma Glasgow
		Glicemia Capilar
	Guedel	
	Hipotermia Terapêutica	
	Imobilização/Contenção Física	
Indução do Vômito		
	Lavagem Gástrica	
	Limpeza/Proteção ferida	
	Maca de Vácuo	
	Máscara Laríngea	
		Medidas Conforto não farmacológicas
		Monitorização de Sinais Vitais
		Monitorização da Dor
		Aerossolterapia
Outro		
Outro		
Oxigenoterapia		
	Pacing externo	
	Parto	
Perfusão controlada		
	Pericardiocentese	
		Plano Duro
		Avaliação Pupilas
		Remoção Corpo Estranho da Via Aérea
		Avaliação da Simetria Motora
		Talas de Imobilização
	Utilização de DAE	
	Ventilação (Assistida e controlada)	
	Ventilação Assistida	
		Ventilação Manual

Seguidamente, através da Metodologia ABCDE, ordenamos e agrupamos os 62 procedimentos obtidos, objeto de estudo, dentro de cada Categoria ou Grupo e criamos, dentro destes, alguns Subgrupos para uma organização mais lógica e estruturada, que venha no futuro a poder ser facilitadora no momento da arquitetura de construção ou de aprimoramento de um SIE para o efeito.

Procuramos utilizar e aplicar sempre um raciocínio de estruturação de dados do padrão em árvore, uma vez que é aquela que hoje reconhecidamente melhor se aplica na arquitetura e no desenho final de qualquer Sistema de Informação.

Finalizado o agrupamento, procedemos, então, ao cruzamento de cada um dos procedimentos com o Catálogo Português de Atitudes Terapêuticas (CPAT) definido pelo Centro de Terminologias Clínicas, pela sua versão mais recente (V. 1.1), e com a lista das Intervenções de Enfermagem, Versão Normalizada de 2020, em uso no SClínico.

Verificamos que, para estes procedimentos em EPH, a entrada para os registos de Enfermagem pode ser feita pelas Intervenções de Enfermagem, enquanto noutros terão que ser efetuados pelos Focos de Atenção/Diagnósticos de Enfermagem, uma vez que a Atitude Terapêutica do CPAT poderá não ser aplicável na essência do procedimento.

Ao efetuar esta correspondência verificamos, por último, que três destes procedimentos ainda são muito pouco frequentes em Portugal e não existem equipamentos adequados para os poder executar em EPH concretamente nas VMER (ECMO, Hipotermia Terapêutica e Acesso Arterial), para um deles (Perfusão controlada) não existe, ainda, no CPAT nenhuma Atitude Terapêutica que possa corresponder, pelo que terá de ser submetido um pedido formal e fundamentado ao CTC para inclusão de uma nova Atitude Terapêutica. A Dequitação encontra-se incluída no Parto, a Entubação Endotraqueal está desdobrada em Naso e em Orotraqueal.

Assim, foram excluídos da construção deste padrão pelos motivos apontados os oito seguintes procedimentos:

- Arrefecimento com Hipotermia terapêutica
- ECMO
- Acesso Arterial
- Perfusão Controlada
- Entubação Endotraqueal
- Dequitação

Ficamos, então, com o Padrão Documental fechado em 56 Procedimentos devidamente correlacionados com o CPAT e a Versão Normalizada do SClínico das Intervenções de Enfermagem elegíveis, debatidas no capítulo seguinte e apresentadas no Apêndice VII.

**Quadro 14 - Lista final de Procedimentos da EPH para Padrão Documental**

Ordem	Grupo	Subgrupo	Procedimentos
1	<b>(A) Via Aérea</b>	<b>Desobstrução</b>	Aspiração das Vias Aéreas
2			Remoção Corpo Estranho
3		<b>Proteção</b>	Tubo Orofaríngeo
4			Colocação de Máscara Laríngea
5			Entubação Orotraqueal
6			Entubação Nasotraqueal
7			Cricotireotomia
8	<b>(B) Ventilação</b>	<b>Oxigenoterapia</b>	Cânula Nasal
9			Máscara Facial
10			Máscara Alto Débito
11			Máscara <i>Boussignhac</i>
12			Aerossol Nebulização
13		<b>Suporte</b>	Ventilação Manual
14			Ventilação não invasiva - CPAP/BIPAP
15			Ventilação Invasiva Assistida
16			Ventilação Invasiva Assistida/Controlada
17			Drenagem Pneumotórax Hipertensivo (Cateter)
18	Colocação Dreno Torácico		
19	<b>(C) Circulação</b>	<b>Suporte de Vida</b>	Utilização de DAE
20			Desfibrilhação Manual
21			Compressão Cardíaca Manual
22			Compressão Cardíaca com Compressor Mecânico
23		<b>Cateterismo</b>	Venoso Periférico
24			Venoso Central
25			Acesso Intraósseo
26		<b>Outras Intervenções</b>	Pacemaker Externo
27			Cardioversão Sincronizada
28			Garrote ou Torniquete
29	Pericardiocentese		
30	ECG 12 Derivações		
31	<b>(D) Disfunção Neurológica</b>	<b>Avaliação</b>	Escala Coma Glasgow
32			Pupilas
33		<b>Intervenções</b>	Simetria Motora
34			Cabeceira a 30º
35			Contenção ou Imobilização Física
36	Glicemia Capilar		
37	<b>(E) Exposição</b>	<b>Temperatura</b>	Arrefecimento Corporal
38		Aquecimento Corporal	
39		<b>Feridas</b>	Limpeza/Proteção de ferida
40	<b>(F) Sinais Vitais, Intervenções Focalizadas e Família</b>	<b>Sinais Vitais</b>	Monitorização de Sinais Vitais
41		<b>Intervenções</b>	Entubação Gástrica
42			Lavagem Gástrica
43			Algaliação
44			Colheita Sangue/Análises
45		<b>Parto</b>	Assistir ao Parto
46			Episiotomia
47		<b>Família</b>	Ensino e Orientação

**Quadro 14 (Cont.) - Lista final de Procedimentos da EPH para Padrão Documental**

Ordem	Grupo	Subgrupo	Procedimentos
48			Apoio no Luto
49	<b>(G) Dar Conforto</b>	<b>Dor</b>	Monitorizar a Dor
50			Medidas conforto não farmacológicas
51	<b>(H) História e (I) Inspeção Posterior</b>	<b>Imobilizações</b>	Colar Cervical
52			Plano Duro
53			Maca de Vácuo
54			Cinto Pélvico
55			Colete Extração
56			Talas de Imobilização

### **3.4 – Discussão dos resultados: Pontes para construir o futuro**

Tendo em conta o problema que originou a necessidade de desenvolver este estudo, a nossa questão de investigação e os objetivos delineados, iremos proceder à interpretação e discussão dos resultados alcançados.

A problemática na origem deste estudo, os registos de enfermagem em EPH mais concretamente nas VMER, insere-se numa área de interesse dos enfermeiros das VMER há vários anos. Com o desenvolvimento deste estudo exploratório, com desenho descritivo, foi nossa pretensão inicial conhecer a realidade e perceber os fatores, os condicionantes, o interesse e as práticas dos enfermeiros nesta área, para elaborarmos a nossa proposta de Padrão de Documentação para os enfermeiros nas VMER.

O manifesto unânime de falta de informação registada relativamente ao exercício profissional de enfermagem nesta área “coloca-nos a todos perante a necessidade de se criarem instrumentos capazes de auxiliar a promoção de climas favoráveis à consolidação de sistemas de melhoria contínua da qualidade” (Pereira, 2009, p.74). Os resultados obtidos vêm corroborar esta ideia quando os participantes evidenciaram por unanimidade a necessidade e a importância dos registos de enfermagem e que o desenvolvimento de um padrão de documentação virá a constituir-se uma mais valia para os enfermeiros, para os cuidados prestados, para a qualidade dos registos e para um SIE robusto e fiável. Também Azevedo [et al.] (2012, p.68) fortalece esta perspetiva, ao afirmar que ao considerar-se que “os registos são instrumentos de consulta em situações que envolvem aspetos éticos, legais, científicos, educacionais e da qualidade dos cuidados, é indispensável que sua realização seja feita seguindo um padrão de qualidade”.

Inicialmente, no estudo de campo, procuramos observar e questionar com objetivo de estabelecer o nosso diagnóstico de situação, uma vez que em termos bibliográficos ainda muito pouco existe sobre esta matéria e nada estudada em contexto das VMER. Observamos cinco ocorrências de utentes em situação crítica entre os 4 e os 78 anos. Este arco de idades reflete a complexidade dos cuidados exigidos aos enfermeiros, uma vez que as situações urgentes e emergentes são abrangentes, complexas, de difícil resolução e nas mais diversas idades. Este fenómeno da heterogenia etária “exige por parte dos profissionais de saúde uma maior vigilância e maior número de tarefas, com consequente aumento no dispêndio de tempo (...), maior necessidade de recursos, maior disponibilidade e especificidade nas suas competências” (Azeredo, 2014, pág. 25).

A diversidade e a gravidade das situações clínicas apresentadas pela pessoa em situação crítica na EPH evocam aos enfermeiros um conjunto alargado de competências que lhes permita colocar em prática os cuidados adequados às necessidades identificadas. As competências dos enfermeiros nesta área são determinantes da qualidade dos cuidados prestados. MacPhail (2001, p.3) descreve que a enfermagem de emergência é pluridimensional, definindo-se por uma grande “diversidade de conhecimentos, de doentes, de processos de doença (...) e grupos etários comuns a outras especialidades de enfermagem”, que ao enfermeiro é exigido “um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializado”.

Durante a observação participante, tivemos a oportunidade de verificar que em nenhum dos utentes assistidos pelos enfermeiros das VMER houve lugar a qualquer tipo de registos de Enfermagem. Esta evidência mereceu uma reflexão cuidada, pois demonstra que a elaboração de registos continua a ser um segmento frágil e problemático da profissão. Traduz uma lacuna importante nos cuidados prestados pelos enfermeiros relativamente ao seu dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (Lei n.º 156/2015, p. 8079). Matsuda [et al.] (2007, p.340) refere que a ausência ou insuficiência de registos de enfermagem indica má prática profissional e compromete uma tomada de decisão fundamentada e a qualidade do cuidado uma vez que na “avaliação da qualidade do cuidado, sabe-se que os registos consistem num dos indicadores mais importantes”.

Apesar da realização de registos de enfermagem ter cariz de obrigatoriedade, legalmente definida na Lei n.º 156/2015 (REPE) enquanto parte do processo de cuidar, várias pesquisas têm demonstrado que os profissionais mesmo cientes desta condição ainda não realizam registos de enfermagem, ou não os consideram ferramenta de trabalho, não aproveitando, dessa forma, o seu potencial. Alguns investigadores têm desenvolvido

estudos relacionados com os registos de enfermagem, evidenciando resultados similares quanto à existência de um défice de qualidade nos mesmos relacionado com a falta de reflexividade do que é a atuação dos profissionais, o cuidado recebido pelo doente e as suas respostas, com grandes carências ao nível da sua sistematização em termos de apresentação, estrutura e conteúdo (Costa [et al.], 2010; Matsuda [et al.], 2006).

Na segunda fase, procuramos reunir um painel de peritos quer da prática das VMER quer da operacionalização e parametrização dos SIS para uma reflexão conjunta que nos permitisse iniciar a construção de soluções. Acreditamos que hoje, face ao desenvolvimento tecnológico dos SI, estas duas vertentes caminham lado a lado: o conteúdo (o que se quer registar) e a forma (as aplicações e ferramentas informáticas). Através dos seus contributos procuramos estruturar e construir o nosso conjunto de referenciais, pilares de suporte à construção de um padrão documental neste ambiente específico de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Para melhor compreensão do leitor sobre a discussão dos resultados obtidos, iremos orientar esta reflexão pelas quatro áreas temáticas que emergiram em primeiro lugar nas entrevistas obtidas da observação participante, posteriormente reforçadas e aprimoradas com contributos muito significativos dos enfermeiros presentes no painel do *focus group*:

- Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH
- Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH
- Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização
- Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação.

Sempre que possível e pertinente, iremos integrar os resultados de ambas as fases do estudo para melhor compreensão e discussão do fenómeno.

### **Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH**

Os participantes quer da primeira quer da segunda fase do estudo consideraram que a documentação dos cuidados de enfermagem em EPH irá certamente contribuir para uma boa prática, uma melhor tomada de decisão, reforçar a continuidade de cuidados e criar um conjunto de oportunidades de visibilidade e valorização dos enfermeiros. Serão úteis também para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, na defesa da responsabilidade profissional e ainda contribuir para dar cumprimento ao direito do utente de acesso à informação clínica. Estes e outros contributos, associados à documentação dos cuidados de enfermagem, têm sido largamente referenciados na literatura por diversos autores como Doenges, e Moorhouse, (2010), Leal (2006), Sousa (2006).

O acesso rápido, eficaz e equitativo à informação gerada pelos enfermeiros é uma necessidade básica de todos os profissionais de saúde que impõe uma definição clara do tipo de informação a documentar, que permita a sua uniformização e a consolidação de SIE adequados que promovam a partilha de boas práticas (Sousa, 2006).

Leal (2006, p.39), citando Dias [et al.] reforça que só através dos registos “os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional”. Martins [et al.] (2008, p.53) diz que “é imperativo valorizar e registar todas as intervenções que traduzam o cuidar, uma vez que (...) contribuem não só, para a melhoria dos cuidados prestados, mas também para elevar a visibilidade da enfermagem junto dos clientes e suas famílias”.

Ora o que observamos em campo foi que as informações produzidas pelos enfermeiros não existem, logo “não expressam a extensão, complexidade e importância daquilo que foi realizado pela equipa de enfermagem” (Pimpão [et al.], 2010, p. 408), tornando os cuidados de enfermagem invisíveis perante a própria equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e sociedade.

À semelhança do que refere Leal (2006, p.31), acerca da especificidade dos registos peri-operatórios, também a pessoa em situação crítica em EPH apresenta características e necessidades muito variáveis durante a sua permanência, por vezes muito curta nesta área de cuidados, o que torna “fácil (...) compreender que é complicado produzir registos que demonstrem com exatidão todos os dados relevantes”, bem como a sua rigorosa documentação, o que poderá também justificar os resultados encontrados na primeira fase. Também outros autores referem que, quando realizados, os registos são escassos e incompletos, podendo comprometer os cuidados ao doente (Pimpão [et al.], 2010).

McCarty [et al.] (2019), no seu trabalho de revisão sistemática de avaliação dos registos de enfermagem, conclui que “(...) a boa manutenção de registos é essencial para a boa prática clínica e é essencial para a prestação de cuidados seguros, de qualidade e eficazes”.

Uma das grandes preocupações apontadas no *focus group* foi a necessidade emergente da continuidade de cuidados entre as equipas do pré e do intra-hospitalar, uma vez que a passagem de informação, quando existe, é baseada num contexto informal e apenas com recurso à exposição verbal. Foi unânime em todos os participantes que os registos, quando elaborados, tornam-se uma poderosa e inesgotável fonte de informação que permite responder às finalidades a que se destinam, possibilitando a maximização do trabalho em equipa multidisciplinar, a continuidade de cuidados e a sua individualização, determinantes da qualidade da prática de enfermagem em EPH.

Assumida por outros autores também como uma das finalidades máxima dos registos, a continuidade dos cuidados foi muito valorizada pelos participantes como o objetivo maior da sua elaboração. Esta continuidade, sustentada na informação produzida, “é um dos aspetos permanentemente presente nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o que atesta em favor do seu importante papel em toda a dinâmica dos cuidados” (Sousa, 2006, pág.59).

Azevedo (2010), que também se interessou por esta problemática, concluiu no seu estudo que a continuidade do fluxo informacional da documentação partilhada entre estes mesmos contextos de cuidados, mas em relação ao papel do prestador de cuidados é, em muitas situações, reduzida ou inexistente. Isto reforça para nós, a oportunidade de se criarem estratégias de intervenção válidas para melhorar a articulação entre estes dois contextos de assistência (pré e intra-hospitalar) no que concerne à criação e melhor rentabilização dos fluxos informacionais existentes. Sousa [et al.] (2019, pág. 152) refere-nos ainda que “a partilha de informação é um ponto central na prestação de cuidados de saúde e na promoção do bem-estar do cliente. Uma partilha de informação adequada é a chave para garantir qualidade da assistência e continuidade dos cuidados”.

Segundo MacPhail (2001, p.5), em nenhuma outra vertente dos cuidados de saúde, o trabalho em equipa assume tanta importância como em contexto de emergência, uma vez que os resultados obtidos “são grandemente influenciados pelo esforço da equipa no terreno, durante a estabilização inicial, a transferência, e pela comunicação contínua”. Considerando a ligação EPH com o Serviço de Urgência como um contexto em que várias equipas estão envolvidas no cuidado ao doente crítico, as informações produzidas pelos enfermeiros fazem parte integrante e determinante da comunicação entre os diversos profissionais, assumindo-se como fundamentais para garantir a continuidade dos cuidados (Costa [et al.], 2010; Leal, 2006; Martins [et al.], 2008; Matsuda [et al.], 2006).

Alguns dos participantes abordaram a necessidade de desenvolvermos uma cultura analítica face aos registos a efetuar, pois só dessa forma poderemos melhorar a nossa visibilidade, o conhecimento em enfermagem e o aumento dos contributos para as políticas de saúde. Existe consenso que a informação produzida pelos enfermeiros é imperativa para a definição futura de políticas de saúde. No entanto, a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, indicadores e relatórios de saúde continua longe do desejável, impossibilitando “a descrição e a verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações”. Silva (2006, p.19) acrescenta 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”, o que reforça uma vez mais a sua importância.

Abordado, ainda de forma indireta, foi que os registos de enfermagem constituem também um repositório de matéria-prima que pode subsidiar a investigação sobre o cuidar em enfermagem, todavia, a qualidade da informação, quando é registada, depende dos dados que lhe dão origem (Pereira, 2009). É neste sentido que uma das finalidades da linguagem classificada entre os enfermeiros é a de “estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação” (Silva, 2006).

Noutro quadrante foi abordada a questão dos registos versus a tomada de decisão. O enfermeiro enquanto profissional autónomo é “alguém que observa a pessoa cuidada, que se apercebe das suas dificuldades e que as exprime claramente a fim de melhor identificar os meios de a ajudar” (Phaneuf, 2001, p. 102). Além disso, é um profissional que faz as suas escolhas, toma as suas decisões e executa com confiança as intervenções que decorrem delas para assegurar o bem-estar da pessoa cuidada. Estes achados também são consistentes com o preconizado pela OE (2011, pág 3), na medida em que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica “exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil”.

Quanto à melhoria da qualidade, também foi um dos temas amplamente abordado pelos participantes com contributos muito pertinentes. Estes, conscientes da sua importância no contexto global da saúde das populações, manifestaram o dever da enfermagem de assumir a sua relevância, bem como o relacionamento e contributo forte que a documentação dos cuidados de enfermagem apresentam neste quadro. É neste sentido que Pereira (2009) argumenta que o reconhecimento do valor da informação, enquanto recurso e ativo com potencial para ser gerido, constitui um fator capaz de melhorar a qualidade dos cuidados.

No Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o Ministério da Saúde (2015, p.3882) destaca a importância que a informação produzida pelos profissionais de saúde assume nesta vertente dos cuidados, definindo como um dos objetivos estratégicos do mesmo, aumentar a segurança e a qualidade da comunicação. Como sabemos a informação documentada tem potencial para simplificar os processos de forma a aumentar a precisão e a eficiência dos procedimentos de atendimento, além de contribuir para a redução dos riscos de erros humanos. Como refere McCarty [et al.] (2019) “A

documentação dos cuidados irá contribuir para a qualidade global do atendimento e da segurança do paciente”.

No sentido também de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, a OE (2017, pág. 15) no seu enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, referente à organização dos cuidados especializados, refere que “São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros, a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore [...] a existência de um resumo mínimo de dados e *core* de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica”.

Os registos enquanto suporte legal, através dos quais pode ser avaliada a qualidade dos cuidados prestados, também foi aventado nos discursos produzidos por alguns participantes. Neste sentido, referiram o contributo que podem fornecer em termos de proteção legal e de responsabilidade da prática. Este discurso, que emergiu sobretudo do relato de um dos participantes, sugere-nos a importância que o conteúdo da documentação pode ter em termos jurídicos, e orienta-nos para a questão da validade da informação que deverá ser documentada. Ramalhão (1996) refere que a ausência de registos pode, por si só, ser tida como demonstração de incúria, negligência ou encobrimento.

McCarty [et al.] (2019) refere que os “Órgãos reguladores de enfermagem enfatizam a importância de registos precisos, claros e atuais de pacientes / clientes dentro de uma estrutura legal, ética e profissional”.

Numa segunda ótica de contributos para a existência de registos de enfermagem em EPH serão os ganhos para o utente e comunidade. Como nos diz Pereira (2009, pág.83) será “uma lógica de dar visibilidade àquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem”, ou por outras palavras do mesmo autor: “aquilo que os enfermeiros documentam é concebido como um recurso capaz de acrescentar valor àquilo que fazem, em benefício dos clientes” (ibidem: p. 86).

McCarty [et al.] (2019) refere que “as evidências sugerem que as intervenções em Documentação Eletrónica têm potencial para melhorar a qualidade da documentação (...) Encontramos evidências, sobre os efeitos na promoção ou melhoria da qualidade do atendimento e na segurança do paciente em ambientes hospitalares agudos. (...) A documentação capacitava os enfermeiros a fornecer segurança ao paciente”. E continua referindo que “além da qualidade do atendimento, implícito na documentação eletrónica é a intenção de melhorar e apoiar a segurança do paciente. A qualidade do atendimento e a

segurança do paciente são prioridades em todos os serviços de saúde, mas particularmente em ambientes hospitalares agudos”.

Também alguns dos participantes do *focus group* valorizaram esta vertente da Segurança do doente, da autonomia e da qualidade de vida. Sousa [et al.] (2012, p.972) referem que em ambientes de cuidados complexos, as preocupações com a segurança do doente devem ser foco de atenção dos cuidados de enfermagem e dos registos por eles elaborados, uma vez que estes contribuem diretamente para a segurança do doente enquanto estrutura de apoio à tomada de decisão para promover um cuidado seguro. Acrescentam ainda, que a informação produzida pelos enfermeiros nestes contextos, onde a segurança dos cuidados se destaca pelo facto dos doentes estarem “mais propensos à ocorrência de erros e eventos adversos devido ao aumento da severidade e gravidade das doenças, maior frequência das intervenções farmacológicas e terapêuticas, bem como, à utilização de vários dispositivos tecnológicos”, assume ainda maior importância na segurança dos doentes.

Por último foi ainda referido por um dos participantes a necessidade de garantir ao doente o acesso à informação clínica. Como se pode observar na Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2011, pág. 10), o direito consagrado que lhe assiste “o direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico”. Assim, toda a informação clínica, incluindo a informação relativa aos cuidados de enfermagem deve ser devidamente documentada, tal como regulamentado na Lei nº 156/2015 já anteriormente abordada.

Em suma diríamos, apenas, que para estes pressupostos se tornarem efetivos é de todo necessário, como demonstrado, a elaboração de registos de enfermagem com qualidade, ancorados numa atitude proactiva dos enfermeiros nas VMER. Só assim poderá nascer uma verdadeira política de registos de enfermagem relativamente à pessoa em situação crítica em todas as suas dimensões de atendimento.

### **Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH:**

A inexistência de registos impossibilita o fornecimento de dados capazes de evidenciar a sustentação do processo de cuidados e tomada de decisão à pessoa em situação crítica de forma global, individual e contínua, “abolindo da prática um instrumento fundamental de comunicação da e para a qualidade dos cuidados de enfermagem” (Matsuda [et al.], 2006, p.420).

Neste estudo, os participantes de ambas as fases assumiram que a inexistência de registos de enfermagem em EPH é um problema que existe e que necessita de ser compreendido para que possa ser ultrapassado. Azevedo [et al.] (2012, p.65) diz-nos que “é necessário

investigar as causas de comodismo e da desmotivação dos profissionais” que condicionam a não elaboração de registos pois, “quando não há registos (...), grande parte do trabalho e esforço despendido tornam-se invisíveis aos olhos dos outros, como se nunca houvessem sido feitos ou existido” (Pimpão [et al.], 2010, p. 408).

Dos discursos proferidos e da perspetiva dos participantes a falta de documentação dos cuidados de enfermagem é influenciada por diversos fatores, que se relacionam com os próprios enfermeiros, com os distúrbios das ferramentas e com outros fatores como sejam a prática assente num modelo biomédico e uma gestão desvanecida de responsabilidades entre o INEM e as gestões hospitalares.

Concordamos com Silva (2006), quando refere que há fatores que condicionam a documentação de enfermagem e que se relacionam, entre outros, com a própria conceção de cuidados de enfermagem pelos enfermeiros, num processo relacionado com o próprio desenvolvimento pessoal. O mesmo autor refere ainda que, independentemente dos contextos de prestação de cuidados de enfermagem, estes e a documentação processada estão fortemente relacionados. Assim defende que é desejável o desenvolvimento de conceções de cuidados que ampliem o foco de atenção e promovam a personalização dos cuidados.

Outro dos critérios subjacentes à inexistência de registos de enfermagem que emergiu do discurso dos participantes foi a resistência à mudança. Santos (2005) citado por Jacinto (2014, pág. 30) aponta a resistência humana como a principal barreira para a transformação organizacional bem-sucedida. A introdução de novas medidas no seio de uma organização pauta-se por mudanças por vezes profundas e significativas, o que gera de forma inevitável incertezas, ansiedades e medos nos colaboradores. Neste sentido, a mudança é muitas vezes percecionada como uma ameaça. Por outro lado, Dent e Goldberg (1999), também citados por Jacinto (2014, pág. 32) apontam como causas da resistência à mudança a surpresa, inércia, falta de confiança, receio de falhar, conflito de personalidades, falta de formação, medo de perder o *status quo* na organização, incerteza no futuro e incompreensão. Estamos em crer que o fator preponderante para esta resistência no caso em concreto tem que ver fundamentalmente com a inércia e incompreensão dos pares.

Ainda outro dos critérios evocados pelos participantes do *focus group* foi a desvalorização dos registos por parte dos enfermeiros visto que é assumido por muitos que os registos que o médico faz são suficientes. Pimpão [et al.] (2010, p.406) lembra-nos que a metodologia do processo de enfermagem na estruturação da informação produzida ainda está longe de ser uma realidade na prática diária dos enfermeiros pois “a realização

sistematizada de registos, é imprescindível para sua consolidação e não é ainda uma realidade”. Esta ideia é ainda reforçada por Azevedo [et al.] (2012, p.68) quando afirmam que “a ausência de uma padronização dos registos é um dos fatores para o não desencadeamento do processo de enfermagem” algo ainda fora da esfera desta área de cuidados que é, em nosso entender, reforçado pelos resultados desta investigação, totalmente necessário iniciar.

Não será alheio também, em nosso entender, que a desvalorização dos registos se encontre elencada numa prática de cuidados assente no modelo biomédico nesta área de cuidados. Outra das preocupações mencionadas pelos participantes está relacionada com alguma incapacidade dos enfermeiros em evidenciar a individualidade do doente pela prática assente no modelo biomédico de cuidados. Num artigo de reflexão Meyer (2006, p.98) aponta o estudo realizado por Araújo, sobre os registos de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos, em que estes incidem sobretudo sobre as práticas médicas e aquelas que se desdobram ou que lhe dão suporte, demonstrando que esse cuidado de enfermagem se fundamenta no saber clínico e prescrição médica, não evidenciando “o cuidado como um saber/fazer específico e autónomo”.

Concordamos em absoluto com Nunes (2007) que, numa visão mais clássica do problema, refere que “os ganhos sensíveis aos cuidados prestados pelos enfermeiros na emergência são escassos, pois a maioria das intervenções são interdependentes, responsabilizando-se o enfermeiro pela implementação das prescrições de outros”, apontando na direção da quase desresponsabilização dos enfermeiros pela sua obrigatoriedade e boa prática global dos cuidados.

Relativamente aos distúrbios apontados às ferramentas em uso para registos, os participantes referiram com frequência que o tradicional documento de registo em papel não contempla áreas de registos para os cuidados de enfermagem e que a atual aplicação informática apenas contempla um campo de registo em texto livre chamado de observações.

Apesar do esforço que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos anos por várias organizações nacionais e internacionais, no sentido de os profissionais de enfermagem incorporarem os registos na sua prática profissional, a sua implementação em algumas áreas específicas tem sido bastante difícil e o seu impacto sobre a prática dos enfermeiros escasso (Leal, 2006).

Uma das dificuldades inerentes a determinados sistemas informáticos disponíveis para a produção de informação de enfermagem diz respeito à sua incapacidade de “reunir,

guardar, processar e facultar informação relevante, de modo a torna-la acessível e útil” (Sousa, 2006, p.38).

Concordamos com McCarty [et al.] (2019) quando conclui que “(...) a documentação em papel não atende aos requisitos atuais de saúde em relação à segurança do paciente, continuidade de cuidados, evidência legal do processo de cuidados. Segundo o Observatório Global da OMS para a E-Saúde de 2012 a documentação eletrônica é hoje considerada uma prioridade da saúde em muitos países do mundo”.

No estudo desenvolvido Cavalcante [et al.] (2009, p. 471) acrescenta que a “falta de capacitação para o uso do sistema de informação” sobretudo por “desconhecimento das potencialidades do sistema” foi identificada pelos enfermeiros estudados como fator dificultador da sua utilização. Almeida, citado por Sousa (2006, p.41), refere ainda que “a formação adequada para o uso dos registos eletrónicos e da relação de confiança com os mesmos” é ainda insuficiente em alguns contextos da prática de enfermagem, sobretudo em contextos de urgência e emergência. Sousa (2006, p.35) complementa afirmando que não existe ainda uma definição clara de critérios sobre o que registar o que torna “o processo de tomada de decisão mais confuso e difícil”.

Foram apontados, por último, outros fatores que contribuem para a existência do problema: A prática dos enfermeiros em EPH assente no modelo biomédico, referido pelos participantes das entrevistas e pelos do *focus group*, e ainda uma gestão desvanecida das VMER.

A respeito da prática assente no modelo biomédico alinhámos com Silva (2006, p.31) que tece algumas considerações importantes acerca da natureza e do conhecimento que os enfermeiros utilizam para a produção dos cuidados e respetivos registos, afirmando que “a natureza específica das práticas apela à utilização de um outro tipo de conhecimento que resulta das relações interpessoais”. Acrescenta ainda que, em ambientes de cuidados exigentes, a necessidade de os enfermeiros tomarem decisões sobre situações complexas exigem capacidades apuradas de integrar conhecimentos e habilidades múltiplas que derivam tanto da teoria como da experiência, sendo inevitável o seu reflexo na informação por eles produzida.

Quanto à gestão desvanecida estamos em crer que, pela legislação em vigor, cada vez mais a responsabilidade da gestão das equipas e das suas práticas no terreno, enquadrarse no âmbito das responsabilidades atribuídas às Direções Clínicas e de Enfermagem dos Hospitais onde estes meios estão sedeados, pelo que o foco de responsabilização profissional assentará sempre em primeira linha nas boas práticas da organização hospitalar.

**Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização:**

Nesta temática procuramos identificar o tipo de registos que poderiam evidenciar os resultados das intervenções de enfermagem em EPH. O discurso dos enfermeiros nas entrevistas da observação participante evidenciou três categorias e sete subcategorias para os registos. Os contributos do *focus group* possibilitou-nos a organização dos dados produzidos nas mesmas três categorias, mas em dez subcategorias revelando que, a informação a produzir em EPH deve englobar as considerações sobre os contributos para o processo, sobre o seu conteúdo e sobre a estrutura.

Quanto às características do processo, o contributo extraído das entrevistas da observação participante foi muito reduzido, onde apenas um enfermeiro se referiu à objetividade como fator a ter em conta. Os participantes do *focus group* por sua vez enumeraram diversas características que o processo deveria acautelar. Desde manter um foco na enfermagem e na continuidade de cuidados, ser um processo de registos intuitivo, simples, claro, objetivo, fácil e até gerador de motivação para a equipa.

Estas características, com as quais concordamos, vão de encontro aos resultados encontrados por McCarty [et al.] (2019) quando afirma que “é necessário, no entanto, que o registo enfermagem seja claro, preciso, acessível e baseado em evidências. Deve fornecer aos enfermeiros ferramentas como *Smart Phrase* e dicas visuais passivas, bem como auditoria em tempo real, com realimentação de erros, ter potencial de melhorar a qualidade da documentação e facilitar a coleta de dado”.

Na categoria de assistência ao processo foram referidos dois grupos de contributos a acautelar: Informações a registar e linguagem dos registos.

No primeiro grupo os participantes das entrevistas indicaram a necessidade de ter registos de informação inicial do utente, do tipo de cuidados prestados em termos de procedimentos, atitudes e intervenções de enfermagem, numa lógica organizada pela filosofia do ABCDE e FGHI, áreas de registos para os protocolos utilizados e uma área final de informação complementar. Na globalidade concordamos e entendemos exequível esta organização de ideias, exceto com a necessidade de registar protocolos de intervenção que nos levam de volta à obsoleta prática assente em modelo biomédico.

A este propósito Phaneuf (2001, pág. 121) refere que “a primeira colheita de dados visa, em primeiro lugar, responder às expectativas e às necessidades mais urgentes da pessoa, pois não podemos isolar no processo diagnóstico os cuidados imediatos”. Os primeiros dados devem ser breves e pertinentes, “pois a pessoa que acaba de chegar pode estar em sofrimento, ansiosa ou amedrontada”. Nos contextos de urgência e emergência, o

enfermeiro nem sempre tem tempo para recolher a informação, e neste sentido Phaneuf (2001) refere que se o doente é admitido de urgência, ou se vários doentes se apresentam ao mesmo tempo, é preciso encontrar um meio funcional de recolher os dados essenciais.

Os participantes do *focus group*, por sua vez, centraram a sua atenção não só na informação a registar como também na linguagem a utilizar. Para Sousa (2006, p.21), “A ausência de utilização de uma linguagem comum na prática de Enfermagem colocou sistematicamente uma grande dificuldade às tentativas de reformulação dos SI, pela incapacidade observada em nomear as condições de saúde que requerem a intervenção dos enfermeiros”. Como tal, para o uso efetivo de um SIE informatizado, a utilização de uma linguagem comum desempenha um papel de extrema importância para que o contexto interpretativo em que é produzido seja partilhado pela equipa de enfermagem e restantes elementos da equipa multidisciplinar (Sousa, 2006).

Esta premissa é igualmente valorizada por Silva (2006, p.30), citando o ICN, ao afirmar que o reconhecimento internacional da necessidade de uma nomenclatura comum em enfermagem tem como objetivo, entre outros, “melhorar a comunicação entre os enfermeiros, bem como, entre os enfermeiros e os outros”. A implementação de “sistemas de informação computadorizados veio reforçar a necessidade do desenvolvimento de classificações de enfermagem” Silva (2006, p.29).

Em Portugal, desde 2005 que a OE deliberou a utilização obrigatória da CIPE na elaboração de registos de enfermagem. Segundo a OE (2007, p.3) existe “um amplo consenso teórico (...) relativamente à necessidade de uma linguagem comum que suporte os conteúdos nos SIE informatizados, estando claro o risco de deixar invisível a tomada de decisão dos enfermeiros nos SIE (...), por falta de uma linguagem comum”.

Contudo ficou-nos a dúvida sobre a devida preparação e conhecimento de todos os enfermeiros das entrevistas e do *focus group* sobre esta matéria. Estas dúvidas vêm de certo modo reforçar a ideia de Pereira (2009) quando afirma que “a fraca utilização de linguagens classificadas na documentação da informação relativa à dimensão autónoma do exercício dos enfermeiros tem-se constituído como fator condicionante do aproveitamento dos dados documentados nos sistemas informáticos de enfermagem”.

Na categoria estrutura, o discurso dos participantes, em ambos os momentos, incidiu sobretudo sobre as características inerentes aos sistemas de informação, à sua necessidade de atualização, à estruturação dos registos e à metodologia de registos a adotar.



Para além de reconhecerem que o SIE não se encontra devidamente preparado para o efeito pretendido, os participantes enfatizaram também a necessidade de melhorar a sua estrutura e interoperabilidade. Estes resultados reforçam as limitações dos SIE. Pereira (2009, p.40) refere também que nos últimos anos a reengenharia dos SIE tem evoluído no sentido de se desenvolver um SIE com base em quatro vetores essenciais: “A inclusão da linguagem classificada CIPE; A parametrização dos conteúdos por unidades de cuidados; A integridade referencial dos dados; A incorporação dos SIE na Rede de Informação da Saúde”.

Assim, no que se refere às características do atual SIE, o SClínico, os resultados demonstram que os participantes consideram que a sua arquitetura é complexa e precisa de melhorias para acesso facilitado de todos os intervenientes da EPH e do Serviço de Urgência.

A Ordem dos Enfermeiros (2017, pág. 15), também com intervenção nesta matéria, no seu enunciado dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados. São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros, a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem especializados, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem especializadas e a existência de um resumo mínimo de dados e *core* de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica”.

Quanto à estruturação e padronização dos registos de enfermagem Silva (2006, p.36) diz-nos que os registos de enfermagem atuais “caraterizam-se pela sua natureza pouco estruturada e pela utilização de texto livre para produzir narrações do processo de cuidados pouco sistemáticas”. Acrescenta ainda que a resistência demonstrada pelos enfermeiros “ao registo de informação significativa, concisa e relativa aos cuidados de enfermagem (...) tem por base uma confusão generalizada acerca da natureza da informação de enfermagem. Nomeadamente, no contexto das intervenções de enfermagem” (Goossen, citado por Silva, 2006, p.31).

A metodologia do ABCDE e do FGHI foi reconhecida também por todos os enfermeiros do *focus group* como metodologia adequada à produção de informação de enfermagem em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, enunciando várias

vantagens com a sua utilização: Facilita o raciocínio clínico, é adequada na abordagem à pessoa em situação crítica e é de domínio diário de toda a equipa.

O processo de tomada de decisão em enfermagem está diretamente relacionado com o pensamento crítico/raciocínio clínico e refere-se ao “processo intelectual disciplinado de utilizar hábil e ativamente o conhecimento para conceptualizar, aplicar, analisar e sintetizar, e/ou avaliar dados e informação orientadora da convicção e da ação” (Silva, 2006, p.21). A capacidade de conciliar este tipo de raciocínio com o conhecimento e experiência, considerando o contexto em que o mesmo tem lugar é “essencial na resolução de problemas complexos e dilemas clínicos complicados” (Sousa, 2006, p.21), como aqueles com que os enfermeiros se deparam aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em ambiente de pré-hospitalar.

Embora a aquisição de dados detalhados e abrangentes seja desejável, em contexto de emergência, por vezes, pelo risco de vida real ou potencial apresentado pelos doentes, apenas alguns dados poderão ser processados nesta etapa para sustentar a definição de prioridades de atuação. A aquisição destes dados, quando sustentada numa avaliação inicial sistematizada, como a abordagem ABCDE, permite determinar com maior precisão a gravidade da condição clínica do doente, priorizar as intervenções e obter melhores resultados para a pessoa em situação crítica (Thim [et al.], 2012), o que reforça os contributos apresentados relativamente à organização da informação que deve ser produzida pelos enfermeiros em EPH.

A avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem executadas é, também, para quase todos os participantes do *focus group* uma das premissas a assegurar. Phaneuf (2001, pág. 341) refere que “é uma etapa bastante complexa que reúne um conjunto de elementos avaliáveis com a finalidade de assegurar cuidados de qualidade.

### **Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação:**

Quanto a esta área temática, na voz dos participantes foram fornecidos diversos contributos no sentido de agilizar a implementação do futuro padrão de documentação do processo de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica em EPH. Desde logo emergiram três categorias com um conjunto de fatores a levar em conta para esta implementação. Aqueles que se encontram na abrangência e responsabilidade direta dos próprios enfermeiros; os que se encontram relacionados com as garantias que têm de ser asseguradas pelas ferramentas e aqueles que se associam a desígnios ou fatores institucionais.

Quanto aos primeiros despontaram do discurso dos participantes a motivação individual dos enfermeiros para a mudança e melhoria da área própria de intervenção ou a sua eventual resistência à mudança, bem como o foco que deve ser mantido na problemática da ausência de registos e o papel dos mais experientes na liderança das equipas.

As questões relacionadas com a liderança e motivação das equipas surgiram como fatores que poderão vir a condicionar a implementação do processo e do padrão de documentação, sendo, contudo, percecionadas e valorizadas de forma distinta entre os participantes. Esta dualidade de opiniões relacionou-se com a eventual necessidade ou não de uma imposição das coordenações, que pode condicionar a execução dos registos e eventualmente o conteúdo da própria documentação.

A liderança, entendida como “uma influência interpessoal exercida numa dada situação e dirigida pelo processo de comunicação humana para a consecução de um ou mais objetivos específicos” (Chiavenato, 2004 p. 183), é no contexto deste estudo, atribuída aos Enfermeiros Coordenadores das VMER. É nos Coordenadores que são depositadas grandes esperanças para garantir a qualidade do serviço prestado pelos profissionais, no entanto “ninguém pode ser um líder a menos que consiga que as pessoas façam aquilo que ele pretende que façam, nem será bem-sucedido a menos que seus seguidores o percebam como um meio de satisfazer as suas próprias aspirações pessoais, ou atingirem os seus objetivos” (Chiavenato, 2004, p. 185).

A este propósito Leal (2006, p.37), afirma também que “cada enfermeiro, em cada serviço, funciona como um modelo... aquando da integração de novos profissionais”. Assim concluímos que os resultados apresentados relativamente à necessidade de envolver não só os coordenadores como todos os elementos da equipa de enfermagem no desenvolvimento e implementação desta metodologia de produção de informação é imprescindível pois, a efetividade do registo com a qualidade que se pretende é um desafio a ser conquistado por todos e apenas centrado na resolução da problemática evidenciada.

Outro grupo de fatores que podem condicionar esta implementação tem que ver com as garantias acauteladas pelas ferramentas para o efeito. A otimização do fluxo de informação numa organização de saúde “precisa de ser encarado como estratégia fundamental para a melhoria da qualidade de cuidados prestados ao cidadão” (Sousa, 2006, p.38). A este respeito, Leal (2006) e Sousa (2006) salientam também que é fundamental o envolvimento e a participação ativa dos enfermeiros nos processos de decisão relativos à informatização da informação de enfermagem pois “só os enfermeiros podem apresentar os modelos de dados que melhor servem as práticas” (Silva, citado por Sousa, 2006, p.63).

A incompatibilidade e interoperabilidade foram fatores considerados pelos participantes do estudo como uma condicionante inerente ao SIE a ser utilizado. Estes resultados vêm reforçar o caminho longo a percorrer na estruturação dos sistemas de informação em saúde, de informação integrada. Leal (2006, p.39) refere citando vários outros autores que “é frequente verificar nos atuais SI das unidades de saúde grandes sinais de ineficiência, falta de interoperabilidade entre os sistemas existentes e deficiente integração dos sistemas informáticos”. Isto acaba por inviabilizar uma maior e melhor partilha de informação dentro das equipas de saúde e ainda subaproveitar as novas tecnologias na melhoria dos cuidados prestados. Também Sousa (2006, p. 41) refere que a “ausência de uma estratégia de integração de recursos (...) agrava a dificuldade de acesso aos meios existentes em tempo útil”.

Junta-se a estes fatores a necessidade de garantir confidencialidade dos dados registados que têm que ver sobretudo com a preparação adequada da infraestrutura de arquivo de dados. Nestas três dimensões de fatores interligados, os participantes salientaram ainda as limitações no acesso à informação na unidade hospitalar com constrangimentos no aproveitamento dos dados registados para a prestação e continuidade de cuidados. Estes resultados enfatizam esta realidade como uma limitação importante dos SI citado por Sousa (2006, p.19), quando assumiu que “torna-se necessário interligar e articular as múltiplas peças e recursos já existentes, num sistema de informação de saúde coerente e funcional (...) enquanto elemento crítico de sucesso do aumento da qualificação dos profissionais, avaliação e qualidade dos cuidados prestados.

Assim concordamos inteiramente com a opinião consensual manifestada pelo grupo de peritos que recomenda uma revisão e diversas ações de melhoria do SIE – SClinico imprescindível ao sucesso de toda esta operação. Foram efetuadas várias referências a alguma complexidade atual para encontrar e registar alguns conteúdos parametrizados. Como também refere Silva (2006) esta estratégia torna-se importante para evitar a cristalização dos conteúdos do SIE.

O último conjunto de sugestões emanadas levam-nos aos fatores institucionais. Não é competência dos enfermeiros operacionais a intervenção direta na melhoria ou mudança na infraestrutura informatizada. O seu papel resume-se ao diagnóstico de situação e formulação de propostas de melhoria. A capacidade de intervenção ou incremento direto de mudança obedece a outras áreas não operacionais, portanto também aqui possíveis condicionantes à implementação no terreno. As equipas de implementação também poderão ter os seus constrangimentos específicos.

A este propósito McCarty [et al.] (2019) reconhece que “Pode-se esperar que uma mudança para o registo eletrónico exija um investimento em recursos e seja necessário considerar as mudanças em todo o sistema numa organização para incluir a colaboração com outros profissionais de saúde e trabalhar dentro das estratégias nacionais de saúde”.

Finalmente, quanto às reflexões apontadas relativamente à política e gestão superior discordamos em absoluto das afirmações produzidas por alguns dos participantes do *focus group*. Como anteriormente tivemos oportunidade de esclarecer as VMER neste momento são de gestão direta das unidades hospitalares e, por inerência, os seus profissionais respondem hierarquicamente às Direções Clínicas e de Enfermagem dos respetivos hospitais. Assim o INEM não tem competência de intervenção no tipo de registos que se possam efetuar no Processo Clínico Único do utente nos SI Hospitalares, desde que se continue a assegurar, por parte de um dos elementos da equipa o Registo de Ocorrência no SI *I-Teams*. O nosso padrão de documentação refere-se a registos de Enfermagem para, em primeira instância, ficarem gravados no ecossistema de informação hospitalar.

Quanto às políticas da própria instituição acreditamos que as Direções de Enfermagem, confrontados com estes desígnios irão acolher sem reservas esta iniciativa, uma vez que se insere, como já demonstrado, numa política de melhoria contínua e de obrigatoriedade de documentação dos cuidados de enfermagem.

## 4 – A PROPOSTA DE PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO

Finalizada a apresentação e discussão dos resultados, dos contributos obtidos e reflexão dos mesmos, passamos à apresentação da proposta final do nosso Padrão de Documentação.

Tal como sugerido pelos peritos, o Padrão construído contemplará, por esta ordem de ideias, três áreas estruturantes de registos: **Área de Informação Inicial**, **Área de Registos de Atitudes, Focos e Intervenções** e **Área de Informação complementar**, constituindo, dessa forma o nosso, resumo mínimo de dados de enfermagem a registar pelos enfermeiros nas VMER.

### Área de Informação Inicial

- Identificação: Nome, data de nascimento, número de utente do serviço nacional de saúde, número do processo clínico único hospitalar e contacto de familiar de referência;
- Ocorrência: Número de evento INEM, data e hora de chegada ao utente e dados iniciais da ocorrência;
- Antecedentes pessoais e Medicação habitual

### Área de Informação complementar

- Transporte: Tipo de transporte e local de encaminhamento.
- Notas gerais

### Área de Registos de Atitudes, Focos e Intervenções

Para melhor compreensão do leitor iremos apresentar os procedimentos frequentes anteriormente identificados com a ligação proposta aos cuidados de enfermagem prestados, via atitudes terapêuticas (CPAT, V1.1), Focos de enfermagem e intervenções, utilizando para o feito a metodologia do “ABCDE”

Quadro 15 - Padrão documental de “A” – Via aérea

Procedimento:		Aspiração das vias aéreas	
A	ATITUDES TERAPÊUTICAS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES		Aspirar secreções
	FOCO DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS (comprometida)		Aspirar secreções

<b>Procedimento:</b>		<b>Remoção de corpo estranho</b>	
A	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Aspiração		Remover corpo estranho
<b>Procedimento:</b>		<b>Colocação de Tubo Orofaríngeo</b>	
A	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação
<b>Procedimento:</b>		<b>Colocação de Máscara Laríngea</b>	
A	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Aplicação de máscara laríngea		Colocar dispositivos
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação
<b>Procedimento:</b>		<b>Entubação Oro traqueal</b>	
A	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Cuidados com o tubo endotraqueal		Monitorizar pressão do dispositivo (cuff)
			Otimizar tubo traqueal
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação
<b>Procedimento:</b>		<b>Entubação Naso traqueal</b>	
A	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Cuidados com o tubo endotraqueal		Monitorizar pressão do dispositivo (cuff)
			Otimizar tubo traqueal
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação
<b>Procedimento:</b>		<b>Cricotomia</b>	
A	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação

Quadro 16 - Padrão documental de “B” – Respiração

<b>Procedimento:</b>		<b>Oxigenoterapia por cânula nasal</b>	
B	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Oxigenoterapia por cânula nasal		Executar Oxigenoterapia
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Dispneia		Avaliar dispneia
			Executar Oxigenoterapia
			Gerir Oxigenoterapia
		Monitorizar frequência respiratória	
		Monitorizar saturação de oxigénio	

<b>Procedimento:</b>		<b>Oxigenoterapia por máscara facial</b>	
<b>B</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Oxigenoterapia por máscara de <i>Venturi</i>		Executar Oxigenoterapia
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Dispneia		Avaliar dispneia
			Executar Oxigenoterapia
		Gerir Oxigenoterapia	
		Monitorizar frequência respiratória	
		Monitorizar saturação de oxigénio	
<b>Procedimento:</b>		<b>Oxigenoterapia por máscara de alto débito</b>	
<b>B</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Oxigenoterapia por máscara		Executar Oxigenoterapia
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Dispneia		Avaliar dispneia
			Executar Oxigenoterapia
		Gerir Oxigenoterapia	
		Monitorizar frequência respiratória	
		Monitorizar saturação de oxigénio	
<b>Procedimento:</b>		<b>Oxigenoterapia por máscara <i>Boussignac</i></b>	
<b>B</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Oxigenoterapia por máscara		Executar Oxigenoterapia
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Dispneia		Avaliar dispneia
			Executar Oxigenoterapia
		Gerir Oxigenoterapia	
		Monitorizar frequência respiratória	
		Monitorizar saturação de oxigénio	
<b>Procedimento:</b>		<b>Aerossolterapia</b>	
<b>B</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Inalação de aerossol ou vapor		Executar inaloterapia
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Dispneia		Avaliar ventilação
		Executar inaloterapia	
<b>Procedimento:</b>		<b>Ventilação manual com insuflador</b>	
<b>B</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
			<i>Atitude Terapêutica inexistente</i>
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação	
		Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios	
<b>Procedimento:</b>		<b>Ventilação não invasiva (CPAP/BIPAP)</b>	
<b>B</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ventilação não invasiva		Monitorizar parâmetros do ventilador
			Vigiar adaptação ao ventilador
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Ventilação (comprometida)		Avaliar ventilação	
		Otimizar ventilação através de dispositivos	



Procedimento:		Ventilação Invasiva Assistida		
B	ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Ventilação mecânica	Monitorizar parâmetros do ventilador		
		Vigiar adaptação ao ventilador		
	FOCO DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Ventilação (comprometida)	Avaliar ventilação		
		Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios		
Procedimento:		Ventilação Invasiva Assistida/controlada		
B	ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Ventilação mecânica	Monitorizar parâmetros do ventilador		
		Vigiar adaptação ao ventilador		
	FOCO DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Ventilação (comprometida)	Avaliar ventilação		
		Otimizar ventilação através de dispositivos respiratórios		
Procedimento:		Drenagem de Pneumotórax por cateter		
B	ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
		Atitude Terapêutica inexistente		
	FOCO DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
		Ferida no tórax (lateralidade)	Otimizar cateter	
		Clampar cateter		
		Aplicar penso compressivo		
Procedimento:		Colocação de Dreno torácico		
B	ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
	Cuidados com dreno torácico	Otimizar dreno		
		Vigiar líquido de drenagem		
		Monitorizar líquido de drenagem		
	FOCO DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
		Ferida no tórax (lateralidade)	Otimizar dreno	
			Vigiar líquido de drenagem	
			Monitorizar líquido de drenagem	
		Aplicar penso compressivo		

Quadro 17 - Padrão documental de "C" – Circulação

Procedimento:		Utilização de Desfibrilador Automático Externo (DAE)	
C	ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
		Atitude Terapêutica inexistente	
	FOCO DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
	Arritmia	Desfibrilhar	
Procedimento:		Utilização de Desfibrilador Manual	
C	ATITUDES TERAPÊUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
		Atitude Terapêutica inexistente	
	FOCO DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
	Arritmia	Desfibrilhar	

<b>Procedimento:</b>		<b>Compressão Cardíaca manual</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Arritmia	Executar Suporte Básico de Vida Executar Suporte Avançado de Vida	
<b>Procedimento:</b>		<b>Compressão Cardíaca com Compressor Mecânico</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Arritmia	Executar Suporte Básico de Vida Executar Suporte Avançado de Vida	
<b>Procedimento:</b>		<b>Inserção de Cateter venoso periférico</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Cuidados com cateter intravenoso periférico	Inserir cateter venoso periférico	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Foco Diagnóstico inexistente		
<b>Procedimento:</b>		<b>Inserção de Cateter venoso central</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Cuidados com cateter venoso central	Otimizar cateter venoso central	
	Cuidados com cateter venoso central de inserção periférica	Otimizar cateter venoso central	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Foco Diagnóstico inexistente			
<b>Procedimento:</b>		<b>Colocação de Agulha Intraóssea</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Cuidados com cateter periférico	Inserir cateter periférico	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Foco Diagnóstico inexistente		
<b>Procedimento:</b>		<b>Pacemaker externo</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Cuidados Com Pacemaker Temporário	Otimizar dispositivo	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Arritmia	Vigiar traçado eletrocardiográfico Otimizar pacemaker	
<b>Procedimento:</b>		<b>Cardioversão Sincronizada</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Arritmia	Executar cardioversão Vigiar traçado eletrocardiográfico	
<b>Procedimento:</b>		<b>Aplicação de Garrote ou Torniquete</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Hemorragia	Aplicar dispositivo	

<b>Procedimento:</b>		<b>Pericardiocentese</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ferida no tórax (lateralidade)		Monitorizar líquido de drenagem Vigiar líquido de drenagem
<b>Procedimento:</b>		<b>Eletrocardiograma 12 derivações</b>	
<b>C</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Monitorização Eletrocardiográfica (ECG)		Vigiar traçado eletrocardiográfico
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Arritmia		Vigiar traçado eletrocardiográfico

Quadro 18 - Padrão documental de "D" – Disfunção Neurológica

<b>Procedimento:</b>		<b>Escala de Coma de Glasgow</b>	
<b>D</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Monitorização Da Consciência Por EC Glasgow		Monitorizar Consciência Por EC Glasgow
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Consciência		Monitorizar Consciência Por EC Glasgow
<b>Procedimento:</b>		<b>Avaliação das pupilas</b>	
<b>D</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Consciência		Vigiar reflexo pupilar
<b>Procedimento:</b>		<b>Avaliação da simetria motora</b>	
<b>D</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atitude Terapêutica inexistente		
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Atividade Motora Ou Movimento Muscular		Avaliar atividade motora Avaliar movimento muscular
<b>Procedimento:</b>		<b>Cabeceira a 30º</b>	
<b>D</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Elevação da cabeceira da cama		Elevar cabeceira da cama
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Foco Diagnóstico inexistente		
<b>Procedimento:</b>		<b>Contenção ou imobilização física</b>	
<b>D</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Medidas de contenção física		Aplicar dispositivo de imobilização
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Agitação		Avaliar agitação Aplicar dispositivo de imobilização

<b>Procedimento:</b>		<b>Avaliação glicemia capilar</b>
<b>D</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Monitorização aa glicemia capilar	Monitorizar glicemia capilar
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Metabolismo Energético / Hiper / Hipoglicémia	Monitorizar glicemia capilar
		Administrar insulina
		Tratar hipoglicemia
Vigiar sinais de hipoglicemia		
Vigiar sinais de hiperglicemia		

Quadro 19 - Padrão documental de “E” – Exposição

<b>Procedimento:</b>		<b>Arrefecimento Corporal</b>
<b>E</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Aplicação de frio	Aplicar envolvimento frio
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Hipertermia/Febre	Monitorizar temperatura corporal
Aplicar envolvimento frio		
Executar técnica de arrefecimento natural		
<b>Procedimento:</b>		<b>Aquecimento Corporal</b>
<b>E</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Aplicação de calor	Aplicar envolvimento quente
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Hipotermia	Monitorizar temperatura corporal
Aplicar envolvimento quente		
Aumentar a temperatura corporal através de dispositivos		
<b>Procedimento:</b>		<b>Limpeza/Proteção de ferida</b>
<b>E</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Aplicação de penso estéril	Aplicar penso compressivo
	Cuidados à ferida	Aplicar penso compressivo
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
	Ferida	Lavar
		Desinfetar
Proteger		
Aplicar penso compressivo		

Quadro 20 - Padrão documental de “F” – Família, Intervenções Focalizadas e Sinais Vitais

Procedimento:		Monitorização de Sinais Vitais		
F	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Monitorização de sinais vitais		Monitorizar sinais vitais	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	FUNÇÃO		Monitorizar sinais vitais	
Procedimento:		Entubação Gástrica		
F	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Entubação Naso gástrica (SNG)		Inserir sonda gástrica	
	Entubação Oro gástrica		Inserir sonda gástrica	
	Cuidados Com Sonda Naso gástrica (SNG)		Inserir sonda gástrica Vigiar conteúdo gástrico	
	Drenagem Passiva Conteúdo Gástrico Por SNG		Drenar conteúdo gástrico por sonda	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Absorção/Vômito		Avaliar absorção Avaliar vômito Inserir sonda gástrica Vigiar conteúdo gástrico Drenar conteúdo gástrico através de sonda	
	<b>Procedimento:</b>		<b>Lavagem Gástrica</b>	
	F	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
		Lavagem Gástrica		Executar lavagem gástrica
<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>		
Abuso de substâncias / Abuso de drogas		Avaliar uso de substâncias Avaliar uso de drogas Inserir sonda gástrica Executar lavagem gástrica		
<b>Procedimento:</b>		<b>Algaliação</b>		
F	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Cateterização Vesical		Inserir cateter vesical	
	Cuidados com cateter urinário		Inserir cateter urinário Monitorizar eliminação urinária Vigiar eliminação urinária	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Eliminação Urinária / Retenção urinária		Avaliar retenção urinária Inserir cateter urinário Vigiar eliminação urinária Monitorizar eliminação urinária	
	Procedimento:		Colheita de Análises	
	F	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>
Colheita de espécimen		Executar colheita de espécimes		
<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>		
Foco Diagnóstico inexistente				

Procedimento:		Assistir ao Parto	
F	ATITUDES TERAPÊUTICAS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Atitude Terapêutica inexistente		
	FOCO DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Trabalho de Parto		Assistir durante o trabalho de parto
			Colaborar no parto
			Executar laqueação do cordão umbilical
			Cortar cordão umbilical
			Vigiar períodos do trabalho de parto
			Vigiar dequitação
Colocar criança em contato corpo a corpo			
		Executar incisão no períneo	
Procedimento:		Orientação aos Familiares	
F	ATITUDES TERAPÊUTICAS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Atitude Terapêutica inexistente		
	FOCO DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Processo familiar		Incentivar o envolvimento da família
			Envolver a família
			Ensinar a família sobre condição da pessoa
			Instruir a família a assistir a pessoa
			Orientar a família para o serviço médico
	Procedimento:		Apoio ao Luto
F	ATITUDES TERAPÊUTICAS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Atitude Terapêutica inexistente		
	FOCO DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Processo de Luto		Apoiar no luto
			Ensinar a família sobre o luto

Quadro 21 - Padrão documental de “G” – Dar conforto

Procedimento:		Monitorizar a Dor	
G	ATITUDES TERAPÊUTICAS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Vigilância da dor		Monitorizar dor
			Vigiar dor
	FOCO DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Dor		Monitorizar dor
Vigiar dor			
Procedimento:		Medidas de conforto não farmacológicas	
G	ATITUDES TERAPÊUTICAS		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Atitude Terapêutica inexistente		
	FOCO DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Conforto		Ensinar estratégias não farmacológicas
Executar tratamentos estratégias não farmacológicas			

**Quadro 22 - Padrão documental de “H / I” – História e Inspeção Posterior**

<b>Procedimento:</b>		<b>Colar Cervical</b>	
<b>H/I</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Aplicação de colar cervical	Aplicar dispositivo de imobilização	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Foco Diagnóstico inexistente			
<b>Procedimento:</b>		<b>Plano Duro</b>	
<b>H/I</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Imobilização com imobilizadores	Aplicar dispositivo de imobilização	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Foco Diagnóstico inexistente			
<b>Procedimento:</b>		<b>Maca de Vácuo</b>	
<b>H/I</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Imobilização com imobilizadores	Aplicar dispositivo de imobilização	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Foco Diagnóstico inexistente			
<b>Procedimento:</b>		<b>Cinto Pélvico</b>	
<b>H/I</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Imobilização com imobilizadores	Aplicar dispositivo de imobilização	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Foco Diagnóstico inexistente			
<b>Procedimento:</b>		<b>Colete de Extração</b>	
<b>H/I</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Imobilização com imobilizadores	Aplicar dispositivo de imobilização	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Foco Diagnóstico inexistente			
<b>Procedimento:</b>		<b>Talas de Imobilização</b>	
<b>H/I</b>	<b>ATITUDES TERAPÊUTICAS</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
	Aplicação de tala	Aplicar tala de imobilização	
	<b>FOCO DIAGNÓSTICO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
Foco Diagnóstico inexistente			

Apresentada a nossa proposta de padrão Documental em EPH resta-nos finalizar referindo que, em apêndice, damos a conhecer o rosto inicial do aplicativo protótipo que já nos encontramos a desenvolver, em parceria com o Serviço de Informática de um Hospital da região Norte, para que os registos possam ser implementados também, em fase piloto, numa VMER da região Norte do país. (Apêndice VIII)

## CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Podemos concluir que a investigação em Ciências de Enfermagem procura aumentar o nível de conhecimento do fenómeno em estudo, ou traduzir melhorias e novos conhecimentos à profissão. Emerge assim, em todos nós, enfermeiros, a necessidade de contributo individual à Ciência, no sentido da sua exímia prática.

O tema a ser estruturado dentro do âmbito do nosso interesse, enquanto investigador, deve impulsionar-nos para a reflexão e descoberta de respostas às questões inquietantes. Deste modo, decidimos abordar a documentação dos Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em Contexto Pré-hospitalar e construir uma proposta padrão de registo, por acreditarmos que este estudo reflete uma problemática atual e de extrema pertinência para todos os enfermeiros que exercem a sua atividade em contexto VMER.

As rápidas mudanças vividas na sociedade atual têm vindo a enfatizar cada vez mais o poder da informação, aliados aos SIE, como um bem precioso e determinante do seu sucesso.

Nas organizações de saúde, a qualidade da informação disponibilizada é um elemento chave na comunicação entre os vários profissionais, sem a qual toda a qualidade da assistência disponibilizada à pessoa em situação crítica poderá ficar comprometida.

No âmbito da profissão de enfermagem, a produção de informação e o seu registo tem sido tema de contínuo debate e investigação. Apesar da importância reconhecida, continua a ser um ponto crítico na prestação de cuidados de enfermagem nos diversos contextos. A pouca qualidade ou inexistência dos registos elaborados levanta questões de natureza diversa, não apenas quanto aos cuidados prestados, mas também, acerca da valorização e visibilidade do trabalho dos enfermeiros nas organizações e na sociedade.

A complexidade e a diversidade crescentes dos problemas de saúde na pessoa em situação crítica resultam em necessidades, cada vez mais exigentes, para as organizações, as equipas de saúde e, nomeadamente, para os profissionais de enfermagem. Em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na EPH tem-se verificado uma exigência cada vez maior de padrões de qualidade na assistência a estes utentes, pautada não só pela existência de enfermeiros especialistas com competências acrescidas, como também pela necessidade cada vez maior de produção



de registos de qualidade, enquanto parte integrante dos cuidados, que irão servir múltiplos objetivos e finalidades.

Em contexto de EPH, a prestação de cuidados de enfermagem exige-se precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, capaz de dar respostas rápidas às necessidades apresentadas pelo utente com base numa avaliação sistemática que permita reconhecer as prioridades de saúde por ele apresentadas e implementar uma intervenção capaz de manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades (OE, 2007). Realizar registos de enfermagem capazes de refletir com rigor e exatidão todos os cuidados de enfermagem prestados neste contexto torna-se, agora, um desafio. A pessoa em situação crítica apresenta características e necessidades muito variáveis, tempos de contacto muito curtos, grande exigência ao nível da quantidade e do nível dos cuidados de enfermagem com apenas uma equipa de um enfermeiro e um médico no local e por vezes com mais que um utente crítico em simultâneo para cuidar.

O reconhecimento das particularidades dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica em contexto de EPH, nomeadamente nas VMER, e a sua influência na inexistência de registos de enfermagem foi o primeiro passo para o desenvolvimento deste estudo de investigação, cuja finalidade nos propusemos a construir um padrão de documentação para registos de enfermagem nas VMER, útil para a prática de enfermagem em EPH.

Neste contexto problemático, desde o despertar das primeiras inquietações, até à apresentação dos resultados, o processo que desenvolvemos englobou um conjunto ímpar de reflexões e aprendizagens, sempre numa perspetiva de poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em EPH.

O recurso a uma metodologia de investigação com ênfase numa vertente qualitativa de carácter exploratório e desenho descritivo permitiu, ao longo das duas fases de desenvolvimento, obter resultados que vieram possibilitar responder às questões de investigação formuladas e alcançar os objetivos propostos. Assim, nesta conclusão final do estudo, apraz-nos concluir que:

Na fase 1 da observação participante, em cinco ocorrências, com múltiplos cuidados prestados não foram observados registos de enfermagem em nenhuma ocorrência. Não existe qualquer informação registada por enfermeiros que demonstre os cuidados de enfermagem que foram prestados naquele contexto. A informação encontrada nos registos de ocorrência efetuados por outros elementos da equipa não contém informação dos cuidados de enfermagem, nem linguagem adequada e estruturada pelos pares.

Na produção de informação de enfermagem em EPH devem ser considerados como pontos para a sua qualidade: o conteúdo da informação, a estrutura e organização, o desenvolvimento de estratégias e ferramentas que permitam agilizar melhor a sua efetivação

Relativamente aos sistemas de informação em enfermagem, necessitam de melhorias, mas existem potencialidades que podem ser rentabilizadas no sentido de permitirem a padronização da informação produzida pelos enfermeiros. O reconhecimento de limitações inerentes às características específicas dos SI, e a escassa interoperabilidade entre eles são elementos condicionantes do acesso e utilidade da informação que neles pode ser gerada.

A metodologia de produção de informação de enfermagem em EPH identificada como facilitadora, capaz de possibilitar a continuidade dos cuidados, refletir a sua qualidade e dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, passa pela adoção da metodologia do ABCDE do trauma enquanto base estruturada de abordagem à pessoa em situação crítica. A sua utilização apresenta vantagens pela familiaridade com os intervenientes e a facilidade no raciocínio clínico para fundamentar as tomadas de decisão dos enfermeiros. O domínio desta metodologia torna os registos nela baseados também mais acessíveis aos vários profissionais nas diversas etapas subsequentes, potenciando tomadas de decisão com maior segurança e melhores resultados para o doente.

O desenvolvimento e implementação de um padrão documental para os enfermeiros das VMER em EPH, com estruturação pela metodologia ABCDE do trauma, virá, na opinião dos peritos, a contribuir para a simplificação e efetivação dos registos elaborados neste âmbito de cuidados. A uniformização da linguagem a utilizar é determinante na obtenção de resultados e indicadores e com isso também de ganhos em saúde para a população.

### **Contribuições do estudo:**

Consideramos que os resultados obtidos com a realização deste estudo se constituem como um importante contributo para a implementação de registos de enfermagem em EPH em geral, mas, sobretudo, no contexto das VMER, onde o mesmo centra a sua atenção.

A identificação do tipo de informação que deve ser produzida pelos enfermeiros em contexto de prestação de cuidados à PSC em EPH, o modo como deve ser organizada e os contributos obtidos para o desenvolvimento e melhoria dos SIE foram resultados de relevo que este estudo produziu. Sugerimos a implementação de um padrão documental estruturado para os registos de enfermagem, baseado na metodologia do ABCDE do trauma na qual se sustenta a primeira etapa do Processo de Enfermagem e,

consequentemente, todas as restantes etapas, permitindo simplificar a elaboração de registos, sistematizar, organizar e uniformizar o conteúdo da informação. Sobretudo, possibilitar que esta metodologia de produção de informação se constitua como um efetivo SIE capaz de dar resposta aos vários objetivos a que se destinam os registos e de transformar os dados registados pelos enfermeiros em informação e conhecimento útil, imprescindível para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem.

### **Limitações do estudo:**

As conclusões que este estudo permite alcançar não são, até pela natureza do paradigma adotado, suscetíveis de generalizar, uma vez que estão circunscritas à curta observação participante por nós efetuada, à amostra de peritos informantes estratégicos participantes e às particularidades muito específicas que o fenómeno estudado apresenta. Consequentemente, as limitações desta investigação resultam, não só do carácter exploratório, que nos exigiu uma constante revisão da literatura ao longo das várias etapas do seu desenvolvimento, mas também da limitação do estudo apenas a uma região do país, da subjetividade resultante da nossa análise realizada às narrativas dos participantes, um conjunto pequeno da população global, norteada pela nossa escassa perícia no desenvolvimento de estudos desta natureza.

Outra das limitações identificadas desde logo, teve que ver com o limite temporal do trabalho académico. Daqui decorre a não integração, nesta fase, de entidades oficiais com poder decisório na implementação de um sistema de registos, que esperamos vir a envolver mais ativamente num futuro muito próximo.

Também a inexistência de estudos no âmbito específico dos registos de enfermagem produzidos em EPH constituiu-se como uma dificuldade durante a discussão dos resultados do estudo, pois a bibliografia pertinente para confronto de achados foi rara neste contexto de alta especificidade, condicionando o recurso a informações úteis na análise.

Embora os estudos de cariz qualitativo tenham como característica própria o envolvimento do investigador na pesquisa, não se poderá deixar, também, de mencionar como possível limitação deste estudo, o facto do investigador desempenhar funções numa VMER há vários anos, o que poderá, de algum modo, ter influenciado a interpretação, análise e discussão dos resultados. Contudo, ao longo do desenvolvimento do estudo, houve da nossa parte uma grande preocupação em salvaguardar estas premissas através do recurso sistemático a peritos externos que nos pudessem ajudar e validar a análise da informação.

### Sugestões:

A multiplicidade de fatores que influenciam a qualidade dos registos de enfermagem é vasta e, em ambiente de prestação de cuidados à PSC em EPH, as particularidades que lhe estão inerentes assumem uma relevância considerável nesta vertente dos cuidados.

O reconhecimento que este estudo permitiu abordar apenas uma perspetiva da problemática da produção de informação em contexto de prestação de cuidados de enfermagem, em emergência, possibilitou identificar outras áreas de investigação dentro da mesma. Assim sugere-se que, futuramente, possam ser desenvolvidos outros estudos alargados na área da Emergência (Pré-hospitalar e Sala de Emergência) que permitam, por exemplo, identificar com rigor e alinhamento as dificuldades inerentes à continuidade de cuidados e à elaboração de registos continuados nestes dois contextos. Também identificar outras estratégias que permitam potenciar sinergias nos registos entre os diversos profissionais das inúmeras etapas deste processo.

Uma vez que os resultados permitiram identificar uma metodologia de produção de informação para enfermeiros em EPH, assente num padrão documental de registos estruturados iremos, no futuro, desenvolver esforços no sentido de acautelar, com as entidades competentes, a sua inclusão no SIE e no ecossistema de informação Hospitalar, dando corpo mais robusto ao Processo Clínico Único de cada utente a quem sejam prestados cuidados de enfermagem pelos enfermeiros nas VMER. Só com implementação da agora proposta se poderá vir, no futuro, a avaliar o impacto e os resultados do trabalho agora iniciado.

Apesar da realização deste estudo ter permitido construir uma reflexão entre os participantes do *focus group*, será pertinente alargar a reflexão e a recolha de contributos com a introdução alargada de novos peritos, representantes das entidades supervisoras (OE, SPMS), bem como de associações de profissionais com relevo nesta matéria, tal como sugerido por um dos peritos do *focus group*.

Esperamos, convictamente, que este padrão de documentação dos cuidados de enfermagem em EPH possa vir, futuramente, a incorporar o SClínico e, por inerência, o ecossistema dos SIS, com objetivo de continuar a haver uma aplicação única hospitalar comum a todos os atores da prestação de cuidados de saúde, de facilitar a uniformização dos registos clínicos e de continuar a garantir a normalização da informação. A sistematização dos registos de informação centralizada num único SI permite, como vimos, homogeneizar as práticas na informação recolhida a nível nacional, contribuindo para um desempenho melhor para todos os intervenientes na equipa multidisciplinar e um maior apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

Este é para nós, ainda, o retrato de um trabalho inacabado e de expectativas elevadas, onde se evidencia e planifica a aquisição e desenvolvimento de novas competências em investigação que devem fomentar a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Esperamos com isto que, este estudo, se possa afirmar como contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto de EPH, e que a divulgação dos seus resultados seja mais uma peça fundamental na construção do conhecimento da disciplina a partir da evidência científica obtida pela exploração da prática de cuidados.

Por último, resta-nos acrescentar que não nos importa apenas escrever, mas fundamentalmente, incorporar o trabalho e os resultados obtidos na nossa prática diária. Só desta forma estaremos a ser capazes de promover a efetiva e progressiva melhoria da continuidade de cuidados e de contribuir para um substancial aumento da visibilidade dos cuidados de enfermagem e da valorização dos enfermeiros numa resposta clara e inequívoca às necessidades da pessoa em situação crítica, em ambiente pré-hospitalar.

## BIBLIOGRAFIA

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS – **ATLS: Manual do curso de alunos**. Chicago: American College of Surgeons, 2008.

AZEREDO, Z. - O idoso no serviço de urgência hospitalar. **Journal of Aging & Innovation**. [em linha]. 2 (4), (dez-jan 2014), pág. 20-26. [acedido em 23-05-2021]. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Idosos-urgencia.pdf>

AZEVEDO, C. [et al.] – **Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos científicos**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006. ISBN 978-972-54-0149-1.

AZEVEDO, P. M. D. S. – **Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados**. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Tese de mestrado.

AZEVEDO, P. M. S.; SOUSA, P. A. F. – Partilha de informação de enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. “**Revista Referencia**”. III série, n.º 7, (julho de 2012), p. 113-122.

AZEVEDO, L.; [et al.] - A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. [em linha]. Vol.13, n.º 1, 2012, pág.64-73. [acedido em 16-06-2021]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027980009.pdf>

BANDEIRA, R. - **Medicina de catástrofe: da exemplificação histórica à iatroética**. Porto: Editora da Universidade do Porto, 2008.

BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70.

BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. – **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. - Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol.62, n.º. 3 (maio-jun, 2009), p. 447-450. [acedido em 20-05-2020]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/18.pdf>

BENNER, P. - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Coimbra, 2001.

BENNER, R. W.; BLEDSOE, B.E. - **Critical care paramedic**. New Jersey: Pearson Education, Inc, 2006. ISBN 013119271.

BRAGA, P. - **Promoção da implementação do sistema de informação CIPE/SClínico na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre**. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização: Especialização em Gestão de Unidades de Saúde.

CAPELAS, A. H. M. – **Serviços de Emergência Médica Pré-Hospitalar em Portugal, análise da atividade da VMER do Centro Hospitalar do Nordeste**. Braga: Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, 2009. Dissertação de Mestrado em Economia e Política de Saúde.

CAVALCANTE, R. B.; SILVA, P. C.; FERREIRA, M. N. - Sistema de informação em saúde, possibilidade e desafios. **Revista de Enfermagem da UFSM**. [em linha]. V.1, n.2 (mai/ago, 2011), p. 290-299. DOI: <https://doi.org/10.5902/217976922580>

CHANG, C. P.; LEE, T. T. - Nurses experiences of an Initial and re-implemented electronic health record use. **Nursing Informatics**, [em linha]. Vol. 34, nº. 4 (apr. 2016), p. 802-803. DOI: <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000222>

CHIAVENATO, I. – **Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. ISBN 85-352- 1629-4.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAUDE, 8, Helsinque, 10 a 14 de junho de 2013 - **Declaração de Helsínquia sobre saúde em todas as políticas**. [em linha] Helsínquia: [s.n.], 2013. [acedido em 15-04-2019]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8%C2%AA-Confer%C3%Aancia-Internacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática Enfermagem: CIPE** Versão 2015. Lusodidata. ISBN 978-989-8444-35-6.

CORREIA, M.C.B. – **Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012. Tese de doutoramento.

COSKUN, N.; EROL, R. - An optimization model for locating and sizing emergency medical service stations. **Journal of Medical Systems**. [em linha]. 34 (2010), p. 43-49. [acedido em 25-04-2020]. Disponível em:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-008-9214-0>

COSTA, S.; PAZ, A.; SOUSA, E. - Avaliação dos registros de enfermagem quanto ao exame físico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. [em linha] 31(1) 2010, pág 62-69. [acedido em 20-05-2021] DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100009>

COUTINHO, K. C. - **Atividades do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar**. [em linha]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem. [acedido em 25-04-2020]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/37531>

DESPACHO n.º 10319/2014. **Diário da República II Série**. 153/2014 (2014-08-11)

DESPACHO n.º 1400-A/2015. **Diário da República II Série** n.º 28 (2015-02-10)

DIAS, C. M.; LOPES, M. I. - Raciocínio clínico em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. nº21, (jan/fev/mar, 2010), p. 33-45.

DICK, W. F. - Anglo-American vs Franco-German Emergency Medical Services System. **Prehospital and Disaster Medicine**. [em linha]. Vol. 18, nº. 1 (jan-mar. 2003), p. 29-34.

DOI: <https://doi.org/10.1017/s1049023x00000650>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Carta dos Direitos do Doente Internado**. 2011 - Portal da Saúde. [Em linha] 01-06-2011. [Acedido em 30-06-2021] Disponível em:

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta\\_Direitos\\_Doente\\_Internado.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf)

DOENGES, M. E; MOORHOUSE, M. F. – **Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo para o raciocínio diagnóstico**. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8.

DOROZYNSKY, A. - French emergency services reach crisis point. **British Medical Journal**. [em linha]. Vol. 325, nº. 7363, (sep. 2002), p. 514.

DOI: <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.325.7363.514>

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION – **TNCC: Trauma Nursing Core Course**. Provider manual, 6.ª Ed. Emergency Nurses Association, 2014.

FAIRHURST, R. - Pre-hospital care in Europe. **Emergency Medicine Journal**. [em linha]. Vol. 22, nº. 11 (nov. 2005), p. 760. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1136/emj.2005.030601>



FLEISCHMANN, T.; FULDE, G. - Emergency medicine in modern Europe. **Emergency Medicine Australasia**. [em linha]. Vol. 19, nº.4 (aug. 2007), p. 300-302. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00991.x>

FLICK, U. - **Métodos qualitativos na investigação científica**. Lisboa: Monitor, 2002. ISBN: 9789729413674

FORTIN, M. F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

GAUTHIER, B. – **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. 3ª Ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X

GENTIL, R. C. - Aspetos históricos e organizacionais da remoção aeromédica: dinâmica da assistência enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [em linha]. vol.31, nº3, (dez. 1997), p. 452-467.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000300008>

GOMES, E. [et.al.] - Internacional EMS systems: Portugal. **Resuscitation**. [em linha]. Vol. 62, nº. 3 (sep. 2004), p. 257-260.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.04.013>

GONÇALVES, Sónia P.; GONÇALVES, Joaquim P.; MARQUES, Célio G., coords - **Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações**. Lisboa: Pactor, 2021. ISBN 978-989-693-114-8

HENRIQUES, J. M. P. – **Da emergência à catástrofe: a resposta médica**. Lisboa: Scribe. 2009. ISBN 978-989-96057-5-6

HESBEEN, W. - **Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspetiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7

HESBEEN, W. - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA - **Manual de suporte avançado de Vida: Versão 1.0**. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019a.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA – **ITEAMS: manual clínico**. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019b.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA – **SIEM: Sistema integrado de emergência médica: Versão 2.0**. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2013.

JACINTO, S. M. L. - **Prontidão para a mudança em enfermeiros no contexto hospitalar: Associação com Job Engagement e perceção de autoeficácia**. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, 2014. Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

JESUS, E. H. - **Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2006.

JESUS, E. H.; SOUSA, P. F. - 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**. Lisboa: Edições Sílabo, 2011., p. 226-241.

KHALIFA, M. - **Evaluating nurses acceptance of hospital information systems: a case study of a tertiary care hospital**. *Studies in Health Technology and Informatics*. [em linha]. Nº.225 (july 2016), p. 78-82.

DOI: <http://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-78>

KROHMER, J.; BRENNAN, J. - **Principles of Ems Systems**. [s.l.]: Jones & Bartlett Learning, LLC, 2005. ISBN-13: 978-0763733827

KUEHL, A. E. - **Pre-hospital systems and medical oversight**: National Association of EMS physicians. [s.l.]: Mosby Inc, 2002.

LEAL, M. T. - **A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades**. Loures: Lusociência, 2006.

LEI N.º 156/2015. **Diário da República, I Série**. 181 (16-09-2015), pág. 8079

LOBO, M. S. N. E. R. - **Sistemas de Informação em Enfermagem: Na perspetiva dos Enfermeiros**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

MACEDO, A.; PETRONILHO, F.; CAINÉ, J. - 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**. United States of America: IGI Global, 2015, p. 959-977

DOI: 10.4018/978-1-4666-6339- 8.ch050.

MACPHAIL, E. - **Fundamentos de enfermagem de urgência**. In S. Sheehy, *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (4ª ed.). Loures: Lusociência, 2001.

MALTA, H. F. - **Enfermeiros da viatura médica de emergência e reanimação: que competências?** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2016. Dissertação de mestrado

MARIN, H. F. - Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**. [em linha]. Vol. 2, nº. 1 (jan.-mar. 2010), p. 20-24. [acedido em 12-03-2021]. Disponível em:

<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>

MARQUES, A.; SOUSA, J. P. - **Medicina de emergência dos princípios à organização**. Coimbra: Ediliber, 2004. ISBN 972-9098-08-5

MARTINS, A. [et al.] - Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? **Pensar enfermagem**. Vol. 12, nº. 2 (2º. semestre 2008), p. 52-61

MARTINS, J. C. A. - Atuação do enfermeiro no setor de urgências: Gestão para o desenvolvimento de competências. In. MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (Eds.), **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. pág.175-189

MATEUS, B. A. - **Emergência médica pré-hospitalar: que realidade**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-33-2

MATSUDA, L.; SILVA, D.; ÉVORA, Y.; COIMBRA, J. - Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [em linha]. 8 (3), 2006 DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v8i3.7080>

MCCARTY B.; [et al.] - Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. **J Nurs Manag**. 2019; 27:491–501. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12727>

MEYER, D. - Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: Um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha] 59(1) 2006, pág. 95-99. [acedido em 14-02-2021]. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a18v59n1.pdf>

MORSE, J. - **Aspetos essenciais de metodologia de investigação qualitativa**. Coimbra: FORMASAU, 2007.

NARCISO, M.; INÁCIO, R.; CARVALHO, S. - As tecnologias da informação na gestão em cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Journal of Aging and Innovation**. Vol. 3, nº. 1. (jun. 2014). [acedido em 23-01-2021] Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/volume3-edicao-1-2014/as-tecnologias-da-informacao-na-gestao-em-cuidados-de-enfermagem-revisao-sistematica-da-literatura/>

NUNES, F. [et al.] - **Manual de Trauma - Curso de Abordagem Integrada do Traumatizado para Enfermeiros**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009.

NUNES, F. M. F. – Tomada de decisão de enfermagem em emergência. **Revista Nursing**. [em linha] n.º 219. Abril de 2007. [acedido em 12-04-2021]. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.YOoiNOhKjIU>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica: Na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica**. [em linha] Lisboa. Assembleia Geral de 25 de novembro de 2017. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Orientações relativas às atribuições do enfermeiro no pré-hospitalar**. [em linha]. Lisboa: O.E., 2007. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer nº2/2010: atualização documental da proposta de carreira de técnico de emergência médica (TEM): plano de estudos do curso de especialidade tecnológica – TEM**. Lisboa: O.E., 2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Sistema de informação de enfermagem (SIE): princípios básicos da arquitetura e requisitos técnico-funcionais**. [em linha]. Lisboa: O.E., 2007. [acedido em 12-02-2021]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

PADILHA, M. I. S.; MANCIA, J. R. - Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 58. Nº. 6 (dez. 2005), p. 723-726. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000600018>

PAIVA, A. [et al.] - **Análise da parametrização nacional do sistema de apoio à prática de enfermagem – SAPE**. [em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. [acedido em 12-02-2021]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/31982>

PEREIRA, C. S. S. – **Registos de enfermagem em sala de Emergência: um estudo de caso**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2016. Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

PEREIRA, F. – **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.

PHANEUF, M. – **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-78-3.

PIMPÃO, F. (2010). Perceção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro**. [em linha]. 18(3) 2010, pág. 405-410. [acedido em 25-05-2021]. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/1570>

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Centro de Terminologias Clínicas - **Centro de Terminologias Clínicas: Missão e Objetivos**. [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2020. [acedido em 04-05-2021]. Disponível em: <https://www.ctc.min-saude.pt/category/enquadramento/enquadramento-enquadramento/>

RAMALHÃO, M. A. – Os registos de enfermagem na prática da enfermagem. **Divulgação**, n.º 38. abril de 1996, pp. 31-42.

REGULAMENTO N.º 429/2018. **Diário da República II Série**. 135 (16-07-2018), p. 19359-19370.

REGULAMENTO N.º 140/2019. **Diário da República II Série**. 26 (06-02-2019), p. 4744-4750.

RIBEIRO, J. L. P. – **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. Porto: Legis Editora, 2008. ISBN: 972-8082-77-2

ROCHA, P. K., [et al.] - Assistência de enfermagem em serviço pré-hospitalar e remoção aeromédica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [em linha]. vol.56, nº6, (dez. 2003), p. 695-698. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600022>

ROMANZINI, E. M.; BOCK, L.F. - Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol. 18, nº. 2 (mar.-abr. 2010), p. 106-112

SANTOS, N. C. M. - **Urgência e emergência para enfermagem: do atendimento pré-hospitalar à sala de emergência**. 6ª ed. São Paulo, Brasil: Iátria, 2010.

SERVIÇOS PARTILHADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE - SPMS – **Manual SClínico Hospitalar**. 2017. [acedido em 10-06-2021]. Disponível em:  
<https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>

SILVA, A. A. P. – **Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Porto: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-76-X.

SILVA, I. S.; VELOSO, A. L.; KEATING, J. B. - *Focus group*: considerações teóricas e metodológicas. **Revista Lusófona de Educação**. [em linha]. Vol. 26, n. 26 (aug. 2014), p. 175-190. [acedido em 10-05-2021]. Disponível em:  
[http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32357/1/Silva%2c%20Veloso%20%26%20Keating%20%282014%29\\_Focus%20group\\_RLE.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/32357/1/Silva%2c%20Veloso%20%26%20Keating%20%282014%29_Focus%20group_RLE.pdf)

SILVESTRE, M. C. C. - **Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados.

SOUSA, D. - **Competências e saberes em enfermagem**. [em linha]. [s.l.]: Silo.tips, 2017. [acedido em 23-01-2021]. Disponível em:  
<https://silo.tips/download/competencias-e-saberes-em-enfermagem>

SOUSA, M.; BAPTISTA, C. - **Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha**. Lisboa: LIDEL, 2011.

SOUSA, J. [et al.] - Teor da informação partilhada entre enfermeiros durante a passagem de turno no serviço de urgência. **Revista de Enfermagem Referência**. [em linha]. IV - n. 21 -2019 pág. 151-158. [acedido em 08-06-2021].  
Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19014>

SOUSA, P. - **Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485- 75.

SOUSA, P.; SASSO, G.; BARRA, D. - Contribuições dos registos eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: Uma revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**. [em linha]. 21(4) 2012, pág. 971-979. [acedido em 23-04-2021]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/30.pdf>

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. - **Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista** 5ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2013. ISBN: 978-989-8075-34-5

TARECO, E. S. R. - **Sistemas informáticos em saúde para a qualidade dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática**. Algarve: Universidade do Algarve, 2015. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia.

THIM, T. [et al.] - Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. **International Journal of General Medicine**. [em linha] (5) 2012, pág. 117-121. [acedido em 23-04-2021]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>

VIEIRA, S. M. C. - **Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem**. Braga: Universidade do Minho, 2018. Dissertação de mestrado em Enfermagem, Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem.

## **ANEXOS**



**ANEXO 1 – Documentação de pedido e autorização para realização do estudo ao Centro Académico e Comissão de Ética**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital [REDACTED]

e

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Hospital [REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização

José Raul Sampaio Marques, Enfermeiro a exercer funções na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do Hospital [REDACTED] número mecanográfico 1882, a frequentar o VI Curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, vem solicitar a Vossas Excelências a autorização para a realização do estudo do seu Projeto de Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre. Pretende realizar um estudo onde, com recurso a um *Focus Group* de peritos da área, possa construir uma proposta de padrão de documentação dos Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto Pré-Hospitalar.

Propõe-se reunir um conjunto de Enfermeiros peritos na área da Prestação de cuidados de várias VMER do Norte com o objetivo de realizar um estudo de investigação sobre o tema: “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de Padrão de documentação”. Com este estudo pretende-se elaborar a Dissertação de Mestrado, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Carminda Morais e Coorientação do Mestre Rui Campos.

A realização de registos, como parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem, foi um marco histórico adquirido em prol do bem-estar do doente, da qualidade dos cuidados prestados, da visibilidade e valor da profissão.

Num contexto complexo de atuação, como o Pré-Hospitalar, onde a rapidez e a multiplicidade de cuidados exigidos pela pessoa em situação crítica são complexos, a elaboração de registos torna-se primordial, enquanto veículo privilegiado de partilha de informação às equipas do Intra-Hospitalar. Mais se acrescenta a capacidade de disponibilizar dados em tempo útil para a tomada de decisão clínica, de sustentar uma prática contínua de cuidados de qualidade, mas também como meio que permita refletir todo o processo científico de avaliação, planeamento e intervenção dos enfermeiros, bem como seja capaz de evidenciar os resultados de saúde obtidos pelas suas intervenções.

Alguns estudos demonstram que os registos de enfermagem neste contexto são inexistentes ou escassos, inconsistentes e subjetivos, sem uma definição metodológica estruturada, indicando lacunas nos cuidados de enfermagem. Quase nunca espelham resultados satisfatórios em relação à qualidade, nem contêm informações necessárias para apoiar a instituição e/ou enfermeiros em caso de um processo judicial e poderão repassar a ideia de que o utente não foi contemplado de forma global e individualizada, sugerir má prática na enfermagem e condicionar a continuidade e qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.

Sendo os registos de enfermagem em contexto Pré-Hospitalar, sem dúvida, um tema de extrema importância para a segurança e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica, justifica-se a realização deste estudo, cujo interesse passa por construir uma proposta de padrão de documentação dos cuidados de enfermagem prestados na VMER, enquanto estratégia de melhoria da continuidade e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica. De entre outros, é objetivo deste trabalho contribuir para o desenvolvimento e implementação de um guia estruturado de registos de enfermagem que permita servir de base à evolução dos sistemas de Informação em uso nos Hospitais.

Será um estudo de carácter exploratório ancorado no paradigma qualitativo, do tipo descritivo. Será desenvolvido em três etapas: na primeira fase será efetuado um estudo de campo com recurso a dois estágios em VMER do Norte para uma observação participante e recurso a diário de bordo e observação dos registos efetuados. Na segunda, pretende-se obter o contributo de “elementos-chave”

das várias equipas, sobre o tipo de registos que devem ser elaborados e, na última, elaborar uma proposta de padrão documental estruturado de registos de enfermagem que sirva os objetivos enunciados. A recolha de dados será realizada através de entrevista semiestruturada e *focus group*, através de um grupo de participantes selecionados de acordo com o método de amostragem não-probabilístico de informantes chave, e cuja análise será realizada com recurso à análise de conteúdo.

Relativamente aos procedimentos éticos e formais, o investigador compromete-se em assegurar a salvaguarda dos direitos humanos. Das práticas observadas serão ocultados todos os elementos que identifiquem os utentes e profissionais envolvidos. A participação dos elementos da equipa nas entrevistas e no *focus group* é voluntária, garantindo o direito à recusa ou desistência em qualquer momento do estudo. As entrevistas durante os estágios de observação serão realizadas no período pós-laboral, não interferindo com o normal funcionamento das VMER. A realização do estudo não acarreta quaisquer encargos para a instituição nem para os participantes. O Investigador assegura a todos os intervenientes também a destruição de todo o material recolhido no prazo de dois meses após a entrega da Dissertação. Dará conhecimento dos resultados também à sua Instituição de origem – Hospital [REDACTED] logo que finalizado o estudo.

Os benefícios da investigação relacionam-se com o aumento da qualidade dos registos produzidos pelos enfermeiros da VMER com a melhoria da segurança, continuidade e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Solicita deferimento.

Com os melhores e mais estimados cumprimentos,

---

(Professora Doutora Carminda Morais)

---

(Raul Marques, Enfermeiro - Mec. 1882)

## Raul Marques

---

**De:** [REDACTED]@hospita[REDACTED].min-saude.pt  
**Enviado:** quinta-feira, 18 de março de 2021 12:53  
**Para:** raulmarques@portugalmail.pt; José Raul Sampaio Marques; vmerjrm@gmail.com  
**Assunto:** Projeto 20-2021 - Deliberação CAF e Comissão de Ética  
**Anexos:** 20-2021 Parecer CAF e CE.pdf

**Importância:** Alta

Bom dia Enf<sup>o</sup> Raúl Marques

Junto envio o parecer favorável do Centro Académico e Comissão de Ética para a execução do trabalho académico de investigação: "Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação".

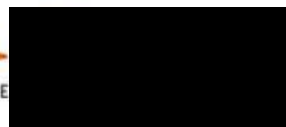
Melhores cumprimentos,

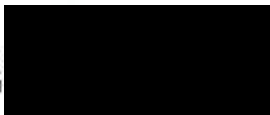
[REDACTED]  
Secretariado do Centro Académico e de Formação

[REDACTED]  
Centro Académico e de Formação - Piso -1 Gabinete 15  
Tel. +351 253 540 330 | Tlm. 915 241 370 (Ext. 21287)

m[REDACTED].min-saude.pt  
w[REDACTED].de.pt

**PENSE ANTES DE IMPRIMIR**





## PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

**Título:** "Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação."

**Ref:** 20/2021 – Trabalho Académico de Investigação

**Investigador Principal:** Enf<sup>o</sup> José Raúl Sampaio Marques – VMER - HSOG.

**Avaliação da exequibilidade e de mérito científico:** Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor [Redacted]  
Coordenador do Centro Académico e de Formação [Redacted]



## PARECER DO COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Nos termos da reunião desta Comissão de Ética, dá-se o conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião do dia 01 de Março de 2021:

Analisado o Trabalho Académico de Investigação "Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação", que tem como Investigador Principal o Enf<sup>o</sup> José Raúl Sampaio Marques da VMER [Redacted], a Comissão de Ética deixa as seguintes considerações:

*Nada a opor.*

Com os melhores cumprimentos,

Dr. [Redacted]  
Presidente da CES

Hospita [Redacted]  
Rua dos [Redacted]  
Tel: [Redacted]

**ANEXO 2 – Documentação de pedido e autorização para realização de  
Estágio de observação ao INEM**

**FW: Pedido de Estágio de observação em VMER - Raúl Marques**

Raul Marques [enfdirector@hnf.pt]

Respondeu em 12-10-2020 14:57.

Enviado: seg 20-01-2020 17:09

Para: 'CARMINDA MORAIS'

Cc: 'Rui Campos'

Mensagem | Estágios Marcados . José Raul Sampaio Marques.pdf (2 MB)

Enviada: 15 de janeiro de 2020 12:14

Para: [redacted]@inem.pt>

Cc: 'CARMINDA MORAIS' [redacted]@ess.ipvc.pt>

Assunto: Pedido de Estágio de observação em VMER

Cara [redacted] bom dia,

Tal como falado telefonicamente, no âmbito do desenvolvimento da minha Tese de Mestrado cujo resumo partilho em anexo para melhor enquadramento, venho por este meio solicitar autorização para a realização de 2 estágios de observação em VMER para um levantamento de dados iniciais por observação direta, das práticas e dos registos de enfermagem, a serem realizados se possível entre 28 e 31 de Janeiro.

Aguardo deferimento

*Com os melhores e mais estimados cumprimentos,*

Raul Marques, Enfermeiro OE 24517

Coordenador VMER [redacted]



.....  
Este email e quaisquer ficheiros a ele anexados são confidenciais e destinados exclusivamente à pessoa ou entidade a quem foi endereçado. Se recebeu este email por erro, por favor, contacte-nos.  
Obrigado.  
.....

De: Maria [REDACTED]o@inem.pt]

Enviada: quarta-feira, 15 de janeiro de 2020 14:49

Para: Raul Marques

Cc: [REDACTED]

Assunto: RE: Pedido de Estágio de observação em VMER - Raúl Marques

Boa tarde Raúl,

Como falamos, agradeço que nos envie os seguintes documentos para podermos operacionalizar o estágio solicitado:

- Formulário de candidatura a estágios de observação (em anexo)
- Termo de Responsabilidade preenchido e assinado (em anexo)
- Apólice com comprovativo de pagamento de **Seguro de Acidentes Pessoais**, válido durante os 6 meses seguintes à data de realização do Estágio (após conclusão do último estágio/turno).
  - o NOTA - Para o **Seguro de Acidentes Pessoais** não há coberturas específicas exigidas nem capitais obrigatórios, as condições do seguro são escolha individual do segurado.
- Cópia de documento identificativo
- Cópia de documento comprovativo de atividade (Ex: Cartão Ordem; Estudante)

Os documentos podem ser entregues diretamente na Delegação Regional Norte, na Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62, 4000-063 Porto, enviados via CTT, ou por Correio Eletrónico para Jo [REDACTED]@inem.pt

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]

Responsável do Centro de Formação da Delegação Regional do Norte  
Enfermeira



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.

Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62, 4000-063 Porto, PORTUGAL

TEL +351 222 065 000 MÓVEL +351 915 268 098 FAX +351 222 065 010

[www.inem.pt](http://www.inem.pt)



De: [REDACTED]  
Enviada: 20 de janeiro de 2020 16:52  
Para: Raul Marques <enfdirector@hnf.pt>  
Assunto: RE: Pedido de Estágio de observação em VMER - Raúl Marques

Boa tarde,

Somos a informar que confirmamos a receção dos documentos solicitados.

Enviamos em anexo os seguintes documentos:

- Normas de Comportamento em Estágio de Observação em locais ou meios INEM;
- Ficha de Realização de Estágio em meio INEM e/ou CODU (imprimir uma folha para cada turno de estágio a realizar), que deverá preencher juntamente com os operacionais do INEM.

Para marcação dos estágios de observação, nos meios/locais de acordo com o autorizado e disponibilidade, pode ser efetuado presencialmente no horário normal de expediente do serviço do CF/DRN ou telefonicamente (abaixo indicado) no horário compreendido entre as 09:30 e as 13:00 horas de 2ª a 6ª feira, sendo que a marcação deverá ser com a antecedência mínima de dez dias do dia pretendido.

Após conclusão dos estágios devolver aos serviços do CF/DRN as fichas de realização de estágio a fim de se emitir a respetiva declaração.

Atentamente,

[REDACTED]  
Assistente Técnico do Centro de Formação da Delegação Regional do Norte



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.

Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62, 4000-063 Porto, PORTUGAL

TEL +351 22 206 50 00 FAX +351 22 206 50 10 Ext: 22131

www.inem.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

**De:** [REDACTED]  
**Enviada:** segunda-feira, 20 de janeiro de 2020 17:04  
**Para:** Raul Marques  
**Assunto:** RE: Pedido de Estágio de observação em VMER - Raúl Marques

Boa tarde,

Conforme combinado, envio em anexo os estágios agendados, de acordo com o autorizado superiormente.

Atentamente,

[REDACTED]  
Assistente Técnico do Centro de Formação da Delegação Regional do Norte



INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, I.P.  
Rua Dr. Alfredo Magalhães, 62, 4000-063 Porto, PORTUGAL  
TEL +351 22 206 50 00 FAX +351 22 206 50 10 Ext: 22131  
www.inem.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Estágios Marcados . José Raul Sampaio Marques

Tipo	Meio	Data	Horário
Observação	VMER [REDACTED]	28.Janeiro.2020	14:00 - 20:00
Observação	VMER [REDACTED]	30.Janeiro.2020	14:00 - 20:00
<b>Total de Horas</b>			<b>12</b>



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Jose Raul Sampaio Marques (nome), portador(a) do documento de identificação ██████████ (número C.C.), declara, para os devidos efeitos, isentar o INEM de qualquer responsabilidade por eventuais acidentes que possam ocorrer durante o período de estágio voluntário nos Meios de Emergência do INEM, ou nos Locais relacionados.

Declara, ainda, que:

- Tomou conhecimento das Normas de Comportamento em Estágios em Locais ou Meios de Emergência do INEM, as quais se compromete a cumprir integralmente;
- Tomou conhecimento que ficará obrigado(a) ao sigilo profissional;
- Se encontra abrangido(a) por um seguro de acidentes pessoais válido até final do 6º mês após a data de realização do estágio.

Guimaraes, 16 de Janeiro de 2020

(assinatura do estagiário)

De: Raul Marques <enfdirector@hnf.pt>  
 Enviada: 12 de fevereiro de 2020 13:26  
 Para: Mar [REDACTED]@inem.pt>  
 Cc: J [REDACTED]@inem.pt>; [REDACTED]@inem.pt>; 'CARMINDA  
 MORAIS' [REDACTED]@ess.ipvc.pt>  
 Assunto: RE: Pedido de Estágio de observação em VMER - Raúl Marques

Cara [REDACTED] boa tarde,

Na sequencia do pedido de estagio de observação concedido venho por este meio informar e solicitar:

O estagio marcado na VMER [REDACTED] 28.Janeiro.2020 14:00 - 20:00 decorreu dentro das minhas melhores expetativas tendo tido 2 ocorrências muito pertinentes ao desenvolvimento do estudo;

O segundo turno de estágio agendado na VMER [REDACTED] 30.Janeiro.2020 14:00 - 20:00 não foi de todo positivo, uma vez que cheguei às 14:00 e a equipa esteve desde as 13h até as 19:30 numa ocorrência de uma viatura que caiu ao rio e estiveram a acompanhar todas as manobras de resgate inerentes e que se veio a verificar não haver vítimas. Isto fez com que estivesse toda a tarde na Base da VMER sem poder observar o objeto do estudo.

Assim, para que possa finalizar a recolha por observação das ocorrências, das praticas dos Enfermeiros e dos registos efetuados, venho por este meio solicitar autorização para marcação de um estágio extra para complementar esta situação anómala ocorrida no Vale do Sousa.

Uma vez que na VMER de [REDACTED] já esta em uso recente a nova ferramenta informática de registo de ocorrências "I-Teams", solicitava autorização para que este ultimo estágio pudesse lá decorrer durante a próxima semana, se possível.

Obrigado

Aguardo deferimento,



**SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Estágios Marcados . José Raul Sampaio Marques

Tipo	Meio	Data	Horário
Observação	VMER [REDACTED]	17.Fevereiro.2020	14:00 - 20:00
<b>Total de Horas</b>			<b>6</b>

## **APÊNDICES**

**APENDICE I – Observação Participante: Grelha de Observação e Guião  
de Entrevista**

**Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto Pré-hospitalar**

Uma proposta de padrão de documentação

Ocorrência:			
Hora de Acionamento VMER:	Hora de Chegada ao local:		
Avaliação inicial à chegada:			
<b>AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA</b>	<b>SINAIS VITAIS</b>	<b>DIAGNOSTICOS ENFERMAGEM</b>	<b>INTERVENÇÕES ENFERMAGEM EXECUTADAS</b>
A			
B			
C			
D			
E			
Av. Seg.			
Transporte			
Observações Investigador			



Guião da Entrevista

TEMA: “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto Extra-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação”.

OBJECTIVOS:

- 1- Analisar a documentação do processo de cuidados à Pessoa em Situação Crítica
- 2- Descrever as intervenções de Enfermagem executadas à PSC no extra-hospitalar e os registos documentados efetuados sobre as mesmas;
- 3- Identificar os critérios subjacentes à documentação dos cuidados de Enfermagem à PSC no extra-hospitalar;
- 4- Identificar os fatores condicionantes (positiva e negativamente) na documentação do processo de cuidados de Enfermagem à PSC no extra-hospitalar;

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS ENTREVISTADOS:

Enfermeiros de serviço nas VMER nos dias que se realizem os estágios de observação do investigador

Blocos Temáticos	Objectivos Específicos	Exemplos de questões a colocar	Ações a desenvolver/tópicos
I – Legitimação da entrevista e motivação dos participantes.	Legitimar a reunião. Motivar os participantes.		Informar o entrevistado sobre o que se pretende com a entrevista; Contextualizar a entrevista no âmbito do projeto de mestrado; Assegurar o carácter confidencial da informação prestada; Pedir autorização para a gravação da entrevista; Agradecer a disponibilidade para participar na entrevista.
II – Caracterização dos participantes	Identificar dados profissionais dos entrevistados.	No sentido de o caracterizar peço-lhe que indique, de forma sintética, dados que caracterizem a sua...	Experiência profissional Experiência como operacional VMER
III – Fatores condicionantes na Documentação do processo de Cuidados	Identificar os fatores condicionantes (Positiva e negativamente na Documentação do processo de Cuidados).	Gostaria que identificasse os fatores condicionantes (Positiva e negativamente) na Documentação do processo de Cuidados	
IV- Intervenções de Enfermagem executadas	Identificar as Intervenções de Enfermagem executadas	Na sua opinião, com base nas ocorrências de hoje que Intervenções de Enfermagem deverão fazer parte de um padrão base de registo nas VMER?	
V - Finalização			Questionar o entrevistado se quer acrescentar algum aspeto sobre o tema Dar por encerrada a entrevista





## **APENDICE II – *Focus Group*: Guião de Discussão**

### **GUIÃO DE DISCUSSÃO PARA O GRUPO DE FOCO**

A elaboração do presente guia visa fornecer uma ferramenta de suporte à realização do Grupo de Foco, através da definição do plano da sessão e dos assuntos a abordar. Um bom planeamento de um Grupo de Foco ajuda o investigador a desenvolver um pensamento crítico acerca dos objetivos da investigação, dos temas a estudar, do género de resultados desejados e da utilização dos mesmos.

#### **PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO:**

<b>Tema</b>	"Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação"
<b>Objetivos</b>	1 - Mapear os padrões de documentação utilizados no processo de cuidados à Pessoa em Situação Crítica na EPH;  2 - Analisar as potencialidades e condicionamentos dos padrões existentes na perspetiva dos utilizadores e peritos em estreito diálogo com a produção científica atual.  3- Construir uma proposta de padrão de documentação dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na EPH.
<b>Local</b>	Sala de Formação do Hospital Narciso Ferreira – Riba de Ave, via ZOOM para os participantes.
<b>Data e hora</b>	06 de Março de 2021 com início às 10:30h
<b>Duração</b>	100 minutos
<b>Investigadores Envolvidos</b>	<b>Moderador:</b> José Raul Sampaio Marques <b>Observadores:</b> Professora Doutora Carminda Morais – ESS - IPVC Mestre Rui Campos - Enfermeiro Diretor INEM
<b>Participantes</b>	8 Enfermeiros selecionados por amostra não probabilística, tendo em conta os critérios de inclusão definidos para a constituição da amostra.
<b>Material</b>	- Computador com Plataforma "ZOOM" e equipamento de gravação; - 1 Mesa;

## **BLOCOS TEMÁTICOS**

*A discussão de cada tema deve demorar cerca de 15 a 20 minutos*

Em contexto de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica na EPH - VMER:

**1- Consideram pertinente a discussão/reflexão do tema em análise quanto à importância para a prática profissional dos Enfermeiros na EPH e para a continuidade de cuidados?**

**2 - Que fatores identificam (positivos e negativos) para inexistência de Registos de Enfermagem?**

**3 - Que informações consideram que os Enfermeiros deveriam registar? Como o devem fazer?**

**4 – Para a implementação do padrão documental quais são os condicionantes e constrangimentos que antecipam poderem ocorrer?**

**5- Que sugestões têm mais a apresentar, de modo a que a informação produzida possibilite a continuidade de cuidados, e proporcione visibilidade aos cuidados de enfermagem?**

### **PAPEL DO MODERADOR:**

- Receber cada participante cordialmente;
- Criar um ambiente agradável de espera;
- Evitar ao máximo que o tema do grupo de foco seja abordado precocemente em conversas informais;
- Solicitar individualmente o consentimento informado para a participação, registo vídeo da sessão e envio da folha de autopreenchimento "Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Enfermeiros Participantes" ;
- Dar garantia do total sigilo do material obtido;
- Apresentar-se e também aos outros membros presentes;
- Expor os objetivos da pesquisa e do grupo de forma honesta, rápida e genérica;
- Explicar a forma de funcionamento do grupo;
- Enfatizar que não se procura o consenso na discussão e que a divergência de perspetiva e experiências é extremamente bem-vinda;
- Conduzir o grupo focal a partir dos assuntos a discutir, relacionados com as questões de investigação;
- Solicitar esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos;
- Conduzir o grupo para o próximo tópico quando um ponto já foi suficientemente explorado;
- Estimular os tímidos e moderar os elementos dominadores;
- Finalizar a reunião, agradecer a participação de cada um dos intervenientes e os seus contributos;
- Informar datas em que será enviada a cada um dos participantes a proposta de padrão formulada para aferir do seu grau de concordância, de encerramento da pesquisa e da entrega da dissertação académica.
- Tomar algumas notas.

### **PAPEL DOS OBSERVADORES**

- Observar e registar a dinâmica grupal;
- Colaborar com o moderador no controlo do tempo;
- Monitorar o equipamento de gravação;
- Tomar notas sobre o comportamento não-verbal para análise de dados.

**APENDICE III – Observação Participante: Consentimento Informado  
para Entrevista**

## **Declaração de Consentimento Informado**

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e, desde já, obrigado por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objetivo do estudo de Investigação “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto extra-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação”, realizado por José Raul Sampaio Marques, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado, conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado:

Assinatura do investigador:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APENDICE IV – *Focus Group*: Consentimento Informado para  
Entrevista e Questionário Socioprofissional**

**PEDIDO DE COLABORAÇÃO PARA A PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS PERITOS  
EM FOCUS GROUP**

Caro colega,

No âmbito VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me atualmente a desenvolver a minha tese de dissertação acerca do “Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação”, sob a orientação pedagógica da Professora Doutora Carminda Morais e Coorientada pelo Mestre Rui Campos.

São objetivos deste estudo:

- Construir uma proposta de padrão documental dos cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica na Emergência Pré-Hospitalar (EPH).
- Mapear os padrões de documentação utilizados no processo de cuidados à Pessoa em Situação Crítica na EPH;
- Analisar as potencialidades e condicionamentos dos padrões existentes na perspetiva dos utilizadores e peritos em estreito diálogo com a produção científica atual.

O alcance da maioria dos objetivos supracitados passa pela obtenção de informações pertinentes acerca do tema em estudo, através de uma sessão semiestruturada de grupo- *focus group* - moderada por um líder, num contexto informal (Morse, 2007). Neste sentido, venho por este meio solicitar a sua participação nesta sessão, a desenvolver no próximo dia **06 de Março de 2021, às 10:30**, via “**ZOOM**” e que terá uma duração de cerca de 100 minutos.

Pretende-se que esta sessão de grupo possa ser registada em áudio e vídeo, de modo a que possa ser posteriormente transcrita e submetida a análise de dados pelo investigador. A informação recolhida será confidencial e não será colocada à disposição de terceiros. A gravação será cuidadosamente guardada e no final da investigação será eliminada no máximo até dois meses após a apresentação dos resultados. Nenhuma informação que o identifique será incluída na parte escrita do *focus group* (o seu nome será substituído por um código). Depois de concluída a investigação poderá ter acesso aos resultados através da consulta do relatório de Dissertação de Mestrado ou do contacto direto com o investigador.

A sua participação é inteiramente voluntária e só deve ser aceite depois de devidamente esclarecido, podendo para isso colocar questões. É salvaguardado o seu direito de não participar no estudo, desistir a qualquer momento ou recusar responder a alguma questão, sem que daí advinha quaisquer consequências.

Agradeço desde já a sua disponibilidade. Aguardo a sua resposta para conhecer previamente o número de participantes que poderão estar presentes no dia referido.

Encontro-me totalmente disponível para esclarecimentos adicionais que pretenda.

Com os melhores e mais estimados cumprimentos,

José Raul Sampaio Marques, Enfermeiro (OE 24517)

(Contactos: telemóvel: 912963538; e-mail: vmerjrm@gmail.com).



**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO**

Declaro ter compreendido e que tomei conhecimento do objectivo do estudo de Investigação "Cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar: Uma proposta de padrão de documentação", realizado por José Raul Sampaio Marques, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspectos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a participação a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Autorizo que a reunião não presencial, com recurso a ferramenta "ZOOM", possa ser gravada em vídeo e áudio para posterior transcrição e análise de conteúdo pelo investigador.

Por concordar com as condições desta participação assino de forma livre e esclarecida o presente consentimento informado, conjuntamente com o investigador.

**Assinatura do Participante**

**Assinatura do Investigador**

**Data**

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

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES NO GRUPO DE FOCO**

O preenchimento deste questionário, tem como único objectivo poder efectuar uma caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes neste grupo, essencial para a posterior análise dos dados. São-lhe solicitadas apenas algumas informações específicas acerca de si.

As informações conseguidas neste questionário são confidenciais e só o investigador terá acesso às mesmas.

Desde já se agradece o provimento desta informação.

Solicita-se que assinale com uma cruz a quadrícula correspondente à sua situação.

**1. Idade:** \_\_\_\_\_ Anos.

**2. Sexo:**

Feminino •  Masculino •

**3. Formação Académica:**

Licenciatura •  Mestrado •  Doutoramento •

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**4. Título Profissional:**

Enfermeiro •  Enfermeiro Especialista •  Enfermeiro Gestor •

**5. Tempo de Exercício Profissional:** \_\_\_\_\_ Anos.

**6. Tempo de Exercício Profissional em VMER:** \_\_\_\_\_ Anos.

## **APENDICE V – Observação Participante: Matriz de Análise de Dados**

**MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE**

**a) NOTAS DE CAMPO**

Caracterização Global da Ocorrência

Ocorrência	NC1	NC2	NC3	NC4	NC5
<b>Género</b>	F	M	M	M	F
<b>Idade (anos)</b>	4	65	78	59	42
<b>Queixa Inicial</b>	Crise Convulsiva	Dispneia	Dor torácica	Palpitações	Dispneia e Dor torácica
<b>Observação Inicial</b>	Executada	Executada	Executada	Executada	Executada
<b>Avaliação e Intervenção</b>	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE	ABCDE
<b>Avaliação de Sinais Vitais</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Informação aos familiares</b>	Ausentes	Não	Não	Sim Médico	Sim Médico
<b>Recolha de Informação complementar</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Transporte ao SU</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Acompanhamento</b>	Médico	Médico	Médico	Médico	Não
<b>Intercorrências no Transporte</b>	Não	Não	Sim PCR	Não	Não
<b>Registo Clínico da Ocorrência</b>	I-TEAMS	I-TEAMS	I-TEAMS	I-TEAMS	I-TEAMS

Intervenções específicas dos Enfermeiros nas ocorrências observadas

Ocorrência	NC1	NC2	NC3	NC4	NC5
<b>Avaliação e Intervenção pelo ABCDE</b>	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
<b>Diagnósticos de Enfermagem encontrados</b>	Risco de Aspiração Risco de respiração Ineficaz	Risco de Aspiração Dispneia	Arritmia Ansiedade Risco de PCR	Arritmia Ansiedade Risco de PCR	Ansiedade
<b>Intervenções Enfermagem efetuadas</b>	Posição Lateral Aspiração Secreções Oxigenoterapia Acesso Venoso Administração Terapêutica	Posição Semi Fowler Oxigenoterapia Acesso Venoso Administração Terapêutica	Elevação da Cabeceira a 30º Oxigenoterapia Monitorização ECG Acesso Venoso Administração Terapêutica Medidas de Conforto (ansiedade) Suporte Avançado de Vida	Posição sentada Monitorização de ECG Acesso Venoso Administração Terapêutica	Monitorização de ECG Administração Terapêutica Ensino de medidas de conforto e controlo da ansiedade
<b>Acompanhamento no transporte</b>	Não	Não	Sim	Não	Não
<b>Passagem de Informação de Enfermagem no SU</b>	Não	Não	Sim Oral	Não	Não
<b>Informação à Família</b>	Família não presente	Não	Não	Não	Não
<b>Registos de Enfermagem efetuado</b>	Não	Não	Não	Não	Não

b) ENTREVISTAS DE FINAL DO TURNO

INTRODUÇÃO – Consciencialização do Problema e do Estudo	
Categoria	Unidade de Registo (UR)
Pertinência da Problemática	<p>E2 - Temos que ter os nossos registos escritos</p> <p>E1 - [...] é um modelo que é bastante deficitário neste tipo de questão, nos registos efetivos [...]</p> <p>E1 - [...] nós reconhecemos todos que há aqui um “problema” da inexistência de registos efetivos.</p> <p>E2 - Os nossos registos são básicos, para caracterizar a saída da ocorrência.</p>

ÁREA TEMÁTICA I – Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo (UR)
Oportunidade		<p>E1 - [...] as nossas atividades sensíveis no pré-hospitalar, comecem a ser evidenciadas pelos registos [...]</p> <p>E1 - [...] são uma mais-valia, que são uma necessidade [...] para dar evidência ao que nós fazemos</p> <p>E1 - [...] será uma mais-valia para nós começar a evidenciar [...]</p> <p>E2 - trará mais-valias, ... na evidência realmente daquilo que nós fazemos</p> <p>E1 - [...] nós estamos cá, temos números para apresentar</p>
Continuidade de Cuidados		<p>E1 – Deveria haver um registo formal de informação importante para acompanhar o doente, desde que é observado por nós, até que passa para a equipa de urgência</p>
Tomada de decisão		<p>E2 - Ao executarmos um protocolo, também temos a nossa palavra, a nossa atitude.</p> <p>E1 - [...] deviam ser registos transversais ao processo do doente.</p> <p>E1 - O pré-hospitalar, também devia pertencer ao registo do doente.</p> <p>E1 - Há um problema, temos que pensar: Existem soluções. Que tipo de soluções se podem desenvolver?</p>
Qualidade		<p>E1 – [...] fazemos com qualidade.</p>

ÁREA TEMÁTICA II – Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo (UR)
Atitudes dos Enfermeiros	Comodismo	E1 - [...] registos que são feitos, que não são muitos, são poucos. Foi sempre assim. E1 - [...] parto do princípio que (...) já muita gente pensou nisto, mas depois não o colocou em prática E2 – Muitas vezes também pecamos porque somos demasiado brandos [conosco próprios]
	Desresponsabilização Profissional	E2 - Quando se pega na ocorrência, também se olha mais... “Quem foi o médico?”, e não “Quem foi o enfermeiro?” E2 – (ndr. Nos registos efetuados) [...] não dá para ver quem executou tal ato.
Modelo biomédico no Pré-hospitalar		E1 - [...] muitos deles passam apenas por registos da parte médica [...] E1 - [...] da parte médica teremos aqui abertura e não me parece que essa seja uma condicionante efetiva E1 - Temos atitudes que tanto podem existir da parte médica, como da parte de enfermagem [...] muitas vezes andam coladas E2 - É a parte médica, muitas das vezes que regista.

ÁREA TEMÁTICA III – Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo (UR)
Características do processo		E2 – [...] temos que ser objetivos. Somos pouco objetivos nos registos.
Conteúdo	Informação Inicial	E2 – A situação clínica já evoluía há vários dias em que nada refletia a queixa descrita
	Intervenção Primária “ABCDE”	E1 - [...] no A, tinha via aérea permeável, em B, havia necessidade de oxigénio suplementar, que foi colocado. E1 - [...] tinha a via aérea permeável, embora tenha sido necessária ali uma aspiração de secreções E1 - [...] tinha ali uma insuficiência respiratória evidente, foi necessária a utilização de um insuflador manual

		<p>E1 - [...] estava hipoperfundido</p> <p>E1- Colocou-se acesso venoso e fez-se o <i>stesolid</i>. Estava com crise convulsiva tónico-clónica, que revertemos.</p> <p>E1 - Em termos de D, escala de coma de Glasgow, rondava os 7, exposição, DX de 122 e estava apirética</p> <p>E1 – Escala de Glasgow inferior a 8, mas dado, o grau de dependência, não seria para medidas mais invasivas</p>
	Intervenção Secundária “FGHI”	<p>E1- [...] fizemos avaliação de sinais vitais</p> <p>E1 - O apoio à família é fundamental. A enfermagem é uma mais-valia [...] não temos esta tradução.</p> <p>E2 - [...] alertada a família que não vamos para [...] comunicar para irem devagar, se calhar explicar, falar.</p> <p>E2 – Podíamos ter feito avaliação do conforto, da dor e da ansiedade.</p> <p>E2 - [...] explicar que aquela medicação dada não é de ânimo leve.</p> <p>E2 – Dissemos lhe vai acontecer isto, “tenha calma” “Faça isto, faça aquilo”</p> <p>E2 - [...] a doente podia fazê-lo em casa, porquê medicação endovenosa? [ndr: Ensino ao doente]</p> <p>E2 - [...] é possível reduzir a ansiedade do doente não com medicação, mas com uma palavra [...]</p>
	Protocolos de Atuação	<p>E2 – A primeira foi protocolo SAV, está tudo protocolizado, não havia ali manobra de fugir.</p> <p>E2 - [...] aí, também exige o protocolo da taquicardia.</p>
	Informação Complementar	<p>E1 - [...] fizemos acompanhamento até ao hospital, com necessidade, de insuflação manual</p> <p>E1 - [...] transferência de dados oral para a equipa da urgência (...) não há um registo efetivo do que foi realizado</p> <p>E2 - [...] foi sensibilizada, que estava a usar indevidamente o 112.</p> <p>E2 - [...] nós temos uma ação muito preponderante nesse aspeto [ndr: Ensino ao doente]</p>
<b>Estrutura</b>	Áreas de Registo	<p>E2 - [...] campos de observação (...) podíamos começar a utilizá-los [...]</p>
	Metodologia e Estruturação dos dados	<p>E1 - O curso de VMER prepara-nos para a questão do ABCDE e é nisto que nós baseamos a nossa atuação.</p> <p>E1 - [...] que esta abordagem seja sistematizada, portanto, baseada no ABCDE.</p>

ÁREA TEMÁTICA IV – Condicionantes à implementação de um Padrão de Documentação		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo (UR)
Motivação para a mudança		E1 - [...] falta este salto qualitativo da nossa parte. E1 - [...] é necessária uma mudança do nosso paradigma.
Melhoria dos SI		E2 - Poderíamos pedir que aumentassem os quadros de atuação e de dados de observação para a enfermagem E1 - [...] desenvolver um sistema que permita, que possamos fazer registos efetivos da enfermagem com base num padrão tipo.



## APENDICE VI – *Focus Group*: Matriz de Análise de Dados

**MATRIZ DE ANÁLISE DE CONTEÚDO DO FOCUS GROUP**

<b>INTRODUÇÃO – Consciencialização do Problema e do Estudo: Registos de Enfermagem nas VMER</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidade de Registo</b>
<b>Registos efetuados</b>		<p><b>GF4</b> - eu faço este registo neste campo (ndr. observações) digo a evolução do doente, a equipa que esteve lá, incluindo bombeiros, e alguma informação mais pertinente</p> <p><b>GF4</b> - às vezes coloco informações mais sociais do doente, se tem apoio, se é acamado para que os colegas do hospital vejam.</p>
<b>A Problemática</b>	Ausência de Registos	<p><b>GF6</b> – Nós fazemos uma documentação verbal,</p> <p><b>GF3</b> – (ndr. No SU) podemos recolher informação através de relatos, mas isto são palavras</p> <p><b>GF2</b> - [...] andamos há anos sem conseguir registar o trabalho que fazemos.</p> <p><b>GF2</b> - Todos nós acabamos por contribuir para o facto de não haver registos.</p> <p><b>GF2</b> - Faço VMER há 20 anos e nunca registamos nada.</p> <p><b>GF6</b> - Acho é que nós não temos tradução disto (intervenções efetuadas), e isto sim é importante.</p> <p><b>GF8</b> - [...] façam-se os registos que não há [...]</p> <p><b>GF8</b> – Antes disso temos de ter registos, e pelos vistos não há.</p> <p><b>GF4</b> - Atualmente não é problema porque não há registos.</p>
	Pertinência do Estudo	<p><b>GF1</b> - Há 10 anos [...] já existia pertinência nesta temática dos registos de enfermagem no pré-hospitalar</p> <p><b>GF2</b> – É muito importante e pertinente</p> <p><b>GF6</b> – O tema é mais do que pertinente, não tenho dúvidas com a demonstração do nosso trabalho efetuado</p> <p><b>GF5</b> – É pertinente esta questão? Sim, sem dúvida</p> <p><b>GF4</b> - A resposta a esta pergunta muito clara [...] é sim.</p> <p><b>GF8</b> - A questão, claro que sim que acho pertinente, não tenho dúvidas nisso.</p> <p><b>GF7</b> – Acho que a pertinência é mais que clara</p> <p><b>GF7</b> – Pertinente o Estudo? Obviamente que sim, não vejo impedimento para que seja feito.</p> <p><b>GF2</b> – (este trabalho) Só peca por ser tarde, mais nada.</p> <p><b>GF2</b> – [...] não vais melhorar [...], vais fazer nascer algo que já devia estar feito há muito tempo.</p> <p><b>GF2</b> – [...] é algo fundamental.</p> <p><b>GF3</b> - Sem registos não passamos de palavras, com isso conseguimos fazer pouco, daí a pertinência do estudo</p> <p><b>GF8</b> - O ponto de partida é ter boa informação, logo é pertinente a todos os níveis esta discussão.</p>

		<p><b>GF7</b> - o problema que leva o doente ao hospital inicia-se na rua, em casa, onde a VMER o for buscar.</p> <p><b>GF7</b> – não vejo impedimento para que possa ser feito.</p> <p><b>GF8</b> - [...] têm de haver registos e não os há.</p> <p><b>GF8</b> – (ndr. Os registos) são um passo importante e fundamental.</p>
--	--	---

ÁREA TEMÁTICA I – Contributos na existência de Registos de Enfermagem em EPH		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Para a Enfermagem	Boa Prática	<p><b>GF8</b> - Importante para a prática profissional do enfermeiro,</p> <p><b>GF3</b> - Temos de seguir as boas práticas e não há como fugir, os registos têm de existir.</p> <p><b>GF8</b> – [...] tenho de salvar o doente e depois registar</p> <p><b>GF2</b> - Quem regista tem de ser o enfermeiro da VMER</p> <p><b>GF8</b> – [...] ter informação traz boas consequências e bons cuidados.</p>
	Oportunidades	<p><b>GF1</b> - [...] é fundamental para dar visibilidade aquilo que fazemos</p> <p><b>GF6</b> – Importância ao nível da visibilidade [...] e demonstrar o que fazemos</p> <p><b>GF6</b> – Não há uma visibilidade imediata na receção do doente do que foi feito, quer sejam intervenções autónomas ou interdependentes,</p> <p><b>GF5</b> – (ndr. Os registos são) [...] uma ferramenta para garantir a nossa visibilidade e o nosso valor, importantíssimos neste momento</p> <p><b>GF5</b> - Algo da enfermagem foi feito, mas não há uma garantia de uma visibilidade concreta do nosso trabalho</p> <p><b>GF5</b> - [...] temos que garantir com registos a visibilidade do nosso trabalho.</p> <p><b>GF4</b> - Esta visibilidade é extremamente importante.</p> <p><b>GF4</b> - Apesar de eu fazer VMER há 11 anos, sei que o enfermeiro na rua sempre foi muito não visível.</p> <p><b>GF3</b> - Numa tentativa organizada e retrospectiva de avaliar o nosso papel no pré-hospitalar temos pouco ou nada.</p> <p><b>GF3</b> – Há “fotografias”, mas não muito mais do que isso.</p> <p><b>GF8</b> - Visibilidade, claro que sim, que haverá.</p> <p><b>GF7</b> - ter uma definição inicial do problema [...] dará essa tal visibilidade...</p> <p><b>GF1</b> - Só conseguiremos demonstrar o nosso real valor com [...] o registo do que fazemos.</p> <p><b>GF3</b> – Temos que operacionalizar as nossas competências [...] para que seja possível verificar a evolução</p> <p><b>GF1</b> - Quando estamos ameaçados pela presença de outros técnicos, é mais importante evidenciar a nossa prática</p> <p><b>GF5</b> - Os registos nesta área são a única garantia de visibilidade dos nossos cuidados</p> <p><b>GF5</b> – [...] representar a qualidade e visibilidade da nossa atuação.</p>

	Tomada de Decisão	<p><b>GF8</b> – ter informação, assumindo que é boa, significa tomar boas decisões</p> <p><b>GF8</b> - Esta tríade é muito importante: informação, tomada de decisão e qualidade.</p> <p><b>GF4</b> - Se o médico prescreve [...] alguém tem de punccionar o doente, o nosso cuidado está implicitamente lá</p> <p><b>GF8</b> - Não esquecer a vertente da tomada de decisão, que traduza aquilo que é a tomada de decisão.</p>
	Continuidade de Cuidados	<p><b>GF6</b> – Outro ponto importante está relacionado com a transmissão de informação. do extra para o intra-hospitalar, a maior parte das vezes a informação perde-se.</p> <p><b>GF4</b> - A passagem do doente no hospital [...] é verbal apenas</p> <p><b>GF7</b> – Registos permitem a reavaliação – o que o doente melhorou com aquela atividade do enfermeiro</p> <p><b>GF6</b> – É muito importante a parte de integração de cuidados e a continuidade dos mesmos.</p> <p><b>GF6</b> – Do SU por vezes ligam à VMER e perguntar “olhe, aquela informação não ficou muito clara</p> <p><b>GF6</b> – [...] no SU nós esquecemo-nos</p> <p><b>GF5</b> - Os registos nesta área são talvez a única garantia de continuidade</p> <p><b>GF5</b> - Sem um registo ficamos com a dúvida de se haverá essa continuidade dentro do hospital</p> <p><b>GF5</b> - Os registos podem garantir essa continuidade.</p> <p><b>GF5</b> – (Por falta de registos) não conseguimos garantir que a continuidade de cuidados seja feita.</p> <p><b>GF5</b> - [...] temos de garantir com registos a continuidade de cuidados.</p> <p><b>GF4</b> - O nosso fim é que a continuidade dos cuidados do doente prossiga dentro dos serviços de urgência.</p> <p><b>GF3</b> - Eles permitem [...] a continuidade dos cuidados</p> <p><b>GF8</b> - Continuidade de cuidados certamente, sendo que esta deve ser abordada no pré e na unidade hospitalar</p> <p><b>GF7</b> - Deve ser documentado para continuidade, onde se inicia, para que todo o percurso esteja documentado</p> <p><b>GF7</b> - Problema documentado na origem, quando o doente chega ao SU, dá-se melhor continuidade ao tratamento,</p> <p><b>GF7</b> - O doente ficará internado [...] por aquele problema ou outros e vai necessitar de continuidade de cuidados</p> <p><b>GF6</b> – No meio da confusão da urgência, muita da informação do que fizemos, não é dada continuidade</p> <p><b>GF7</b> – Para ter continuidade de cuidados, [...]</p>
	Melhoria da Qualidade	<p><b>GF1</b> - Conseguir que haja indicadores daquilo que fazemos.</p> <p><b>GF3</b> - (ndr. Sem registos) Não conseguimos apresentar resultados</p> <p><b>GF8</b> - Dizer que fiz x algaliações ou x entubações, são dados,</p> <p><b>GF7</b> - Para termos indicadores [...] convém ter a reavaliação depois</p> <p><b>GF4</b> - não é mensurável, não é possível estudar e não se consegue adquirir resultados no final do ano</p> <p><b>GF7</b> - É aí que se obtém o verdadeiro indicador e os ganhos sensíveis aos nossos cuidados</p> <p><b>GF8</b> - Não há cultura analítica se não houver informação registada e estruturada</p>

		<p><b>GF3</b> - monitorizar e avaliar o que fazemos e auditar</p> <p><b>GF3</b> – Sistematização dos registos, linguagem aceite e validada pelos pares, permite-nos ter práticas de comparação e reprodutíveis.</p> <p><b>GF3</b> - [...] saber o que é o melhor que temos para oferecer em cuidados aos doentes.</p> <p><b>GF3</b> – Sistematização, linguagem validada e aceite permite-nos ter práticas de comparação e reprodutíveis.</p> <p><b>GF3</b> - [...] não sabemos em situações sobreponíveis, o que se faz na VMER A, B ou C...</p> <p><b>GF3</b> - (ndr. Sem registos) [...] não conseguimos fazer <i>Benchmarking</i> com a nossa prática.</p> <p><b>GF6</b> - Não acredito que não consigamos fazer traduzir os ganhos. Tem de se fazer.</p> <p><b>GF7</b> – (ndr. registos permitem) [...] obter estatísticas de produção e ganhos de saúde</p>
	Responsabilidade legal e Profissional	<p><b>GF1</b> - É preciso resolver também a questão da legalidade</p> <p><b>GF1</b> - Não há ainda muitas situações da equipa médico e enfermeiro ir a tribunal, mas poderá a qualquer momento surgir e não há registos do que fizemos.</p> <p><b>GF1</b> - Quando vamos a tribunal temos de consultar um monte de folhas em papel com já 10 anos.</p>
Para o Utente e comunidade	Segurança dos Cuidados	<p><b>GF4</b> - Aqui também muito pelo lado da segurança do doente.</p> <p><b>GF4</b> - A reflexão é importante também para a segurança do doente, [...] que é esse o nosso fim.</p> <p><b>GF3</b> - Atuamos com ganhos de [...] segurança para todos</p>
	Acesso à Informação clinica	<p><b>GF7</b> - Nesta perspetiva do <i>paperless</i> [...] o doente deve ter acesso à sua informação</p> <p><b>GF7</b> - [...] a informação da emergência pré-hospitalar deverá estar consagrada no registo de saúde eletrónico</p>
	Autonomia e Qualidade de Vida	<p><b>GF8</b> - Não tanto na importância do enfermeiro, mas mais no que o doente ganha com o que o enfermeiro faz.</p> <p><b>GF8</b> – Importante nos registos é [...] o que o doente ganhou com isso</p> <p><b>GF4</b> – Estivemos este tempo todo sem registar nada, e quem sofre com isto é o doente.</p> <p><b>GF4</b> - Não havendo seguimento dos registos há riscos e mortes evitáveis eventuais que podíamos evitar</p> <p><b>GF7</b> - O que traduziu em termos de melhoria ou não para ao doente.</p> <p><b>GF4</b> - Não me parece difícil motivar e explicar este novo registo com os ganhos em saúde, para o doente.</p> <p><b>GF3</b> - Atuamos com ganhos de mais qualidade para o doente.</p> <p><b>GF2</b> - Temos de lutar e mostrar que os registos são as mais valias de ganhos, [...] para os doentes.</p>

ÁREA TEMÁTICA II – Critérios subjacentes à inexistência de Registos de Enfermagem na EPH.		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Atribuídos aos Enfermeiros	Comodismo e Desmotivação	<p><b>GF5</b> - [...] há uma falta de motivação do enfermeiro do pré-hospitalar para fazer registos.</p> <p><b>GF5</b> - Tem várias causas, mas esta desmotivação existe.</p> <p><b>GF5</b> - [...] não demonstramos a necessidade de efetuar registos.</p> <p><b>GF2</b> - Em papel para nós nesse aspeto até era melhor, para ver a medicação que fez, as coisas que fez.</p> <p><b>GF2</b> - há o comodismo dos enfermeiros, porque de facto é muito cómodo não fazer registos.</p> <p><b>GF4</b> - Acho que há um sentimento de comodismo profissional e pessoal.</p> <p><b>GF5</b> - [...] falo por mim não é muito comum que o enfermeiro registe algo.</p> <p><b>GF6</b> - [...] o problema começa em nós que nos acomodámos a não registar.</p> <p><b>GF6</b> - [...] acho que está totalmente assumido que não se faz registos por comodismo.</p>
	Resistência à Mudança	<p><b>GF1</b> - [...] há sempre uma grande relutância [...] (ndr. dos enfermeiros)</p> <p><b>GF1</b> - [...] ainda há muita resistência (ndr. dos enfermeiros).</p> <p><b>GF1</b> - Com a transição para o digital muitos colegas escusavam-se [...]</p> <p><b>GF1</b> - Isto vai trazer um conjunto de chatices para os enfermeiros [...]</p> <p><b>GF1</b> - Prevejo resistência por parte dos enfermeiros a esta incomodidade nova que é fazer registos [...]</p> <p><b>GF5</b> - Não há consciência muito clara do porquê registar a minha atividade e da sua importância.</p> <p><b>GF5</b> - Porque nós não refletimos sobre o assunto e por causa disso não sentimos essa necessidade.</p> <p><b>GF5</b> - Porque até nos sentimos mais ou menos bem assim, [...] é um bocado chato e trabalhoso registar coisas.</p>
	Desvalorização dos Registos de enfermagem	<p><b>GF1</b> - [...] que era tudo uma fantochada e que não era necessário</p> <p><b>GF1</b> - 90% dos enfermeiros dirá que não necessários os registos porque o médico já faz em linguagem “universal</p> <p><b>GF1</b> - O que não foi registado não foi realizado.</p> <p><b>GF4</b> - Socorremos a vítima, o médico regista e o enfermeiro repõe a carga</p> <p><b>GF3</b> - Para isso (ndr. executar procedimentos), um registo médico é suficiente.</p> <p><b>GF1</b> - Se não há registo de nenhuma atividade [...] para todos os efeitos, o enfermeiro não fez nada</p> <p><b>GF1</b> - [...] os registos podem complicar a situação [...] não trarão proveito nenhum.</p>
	Desresponsabilização Profissional	<p><b>GF1</b> - [...] os enfermeiros gostam é de conduzir [...]</p> <p><b>GF1</b> - Estas questões de registos, diagnósticos e intervenções dizem ser muito académico</p>

		<p><b>GF4</b> - Também dentro da sala de emergência, mais de metade dos cuidados prestados não os registamos  <b>GF5</b> - Se o médico registar, que até regista, alguma coisa, pronto tá feito [...]  <b>GF6</b> - minha culpa, que não faço demonstrar esse desenvolvimento das minhas competências.  <b>GF3</b> - [...] focamo-nos em sinais e sintomas e executamos procedimentos.  <b>GF3</b> - (ndr. Não registar) [...] focamo-nos nas coisas mais fáceis e confortáveis [...]  <b>GF3</b> - (ndr. Não fazer registos) [...] compromete-nos menos ou quase nada porque não deixamos rasto.  <b>GF2</b> - Quando falamos nisto? “Ahh deixa estar, nem vale a pena mexer que assim não nos chateamos”.</p>
	Desrespeito pela pessoa doente	<p><b>GF3</b> – (ndr. Não registar) [...] acontece porque nós, temos uma falta de respeito pelo doente como pessoa.  <b>GF3</b> - Olhamos para o doente como peça avariada [...]  <b>GF6</b> - Concordo que a falta de respeito pelo doente possa ser manifestada pela não existência do registo</p>
	Contextualização Contratual	<p><b>GF1</b> - Isto é uma acumulação, não há enfermeiros que eu conheça a tempo inteiro a fazer VMER.  <b>GF1</b> - É um trabalho de acumulação, apesar de gostarem muito de fazer VMER  <b>GF1</b> - A ideia é ganhar um acréscimo salarial, as pessoas divertem-se, têm umas descargas de adrenalina a conduzir e quanto menos fizerem e mais ganharem melhor.</p>
Distúrbios das Ferramentas	Inacessibilidade aos recursos	<p><b>GF1</b> - [...] nem sempre temos os meios, os hardwares disponíveis  <b>GF1</b> - Antigamente tínhamos um verbete em papel que não era possível, não tinha espaço para registar nem sequer identificar o enfermeiro.  <b>GF2</b> – [...] os enfermeiros não têm sítio para registar nada  <b>GF2</b> – Quando têm algo que registar, tem de ser colocado na folha do médico e assinar na folha à frente  <b>GF5</b> - Até há pouco o suporte para registos era uma ficha, que nem espaço para tinha para o Enfermeiro  <b>GF5</b> - Os que desenham as ferramentas, para a nossa atividade acabaram por nunca desenvolver ferramenta para esse registo  <b>GF5</b> - [...] no I-Teams, só há um espaço para o nome do enfermeiro ser registado  <b>GF4</b> – (ndr. Na Sala de Emergência) [...] nós não os registamos mesmo tendo ferramentas para isso.  <b>GF4</b> - Quem faz VMER [...] sabe que não há tempo nem campo de registo.  <b>GF4</b> - Registamos onde? Nas observações? Pois este é o único campo editável que colocamos  <b>GF5</b> - [...] até há pouco tempo nem sequer era considerada a hipótese de o enfermeiro registar  <b>GF1</b> - [...] falta de espaço em termos dos sistemas de informação para os registos do enfermeiro [...]  <b>GF6</b> - [...] porque não temos [...] um padrão de documentação</p>

	<p>Incompatibilidades no circuito informático</p>	<p><b>GF2</b> - [...] o <i>paperless</i> acabou por quebrar essa ligação nesse sentido porque nós não temos acesso  <b>GF2</b> – No Bloco não conseguimos ter acesso (ndr. à ficha INEM), porque não temos acesso ao registo efetuado.  <b>GF1</b> - A interoperabilidade dos sistemas falha. O sistema do pré-hospitalar não comunica com o SClinico.  <b>GF1</b> - [...] é difícil para quem está no bloco ou na urgência verificar registos do que foi feito no pré-hospitalar.  <b>GF1</b> - resolver o problema entre sistemas, mesmo com registos, não vão ter toda a utilidade que poderiam ter  <b>GF4</b> - A interoperabilidade, vai ser sempre uma dificuldade tremenda.  <b>GF4</b> - Apesar de 80% dos hospitais utilizarem o SClinico, 20% podem fazer moossa.  <b>GF1</b> - Há hospitais que têm como aplicativo informático o “Alert”, outros o da “Glintt”,  <b>GF8</b> - Quem compra o software da <i>Alert</i> ou o da <i>Glintt</i>? São os próprios hospitais e instituições.  <b>GF8</b> - A instituição tem alguma autonomia para ir comprando e adquirindo diversos softwares.</p>
<p><b>Outros Fatores</b></p>	<p>Prática em modelo biomédico</p>	<p><b>GF1</b> - [...] é o médico que faz os registos num <i>tablet</i>.  <b>GF6</b> – Tem de se andar sempre à procura e o que é escrito pelo médico que costuma ser em bruto.  <b>GF1</b> – Diziam que os médicos já faziam os registos que englobavam as atitudes terapêuticas e os diagnósticos  <b>GF1</b> - centravam muito no modelo biomédico, sempre na atuação do médico.  <b>GF6</b> – No sistema do INEM, o registo que é feito (pelo médico) fica num canto escondido  <b>GF5</b> - A informação clínica à partida segue na ficha, mas é muito difícil fazer a destriça do que é que está ali registado em termos de cuidados de enfermagem  <b>GF4</b> - Será que os colegas hospital e do SU vão consultar ou ler? Não sei se vão ou se sabem que se coloca lá.  <b>GF6</b> - O INEM [...] coloca o registo centrado no médico e não no médico e enfermeiro</p>
	<p>Gestão desvanecida</p>	<p><b>GF2</b> - Um pormenor que contribui para a falta de registos. Acho que as VMER são de ninguém.  <b>GF2</b> - Para certas coisas as VMER não são do hospital e para outras não são do INEM. Não há responsabilização.  <b>GF2</b> - Nós somos pagos pelo hospital, a VMER é do INEM, e depois há aqui um jogo de empurra  <b>GF6</b> - O INEM regulador, coloca as VMER como sendo médicos e não equipas médicas</p>



ÁREA TEMÁTICA III – Registos de Enfermagem em EPH: conteúdo e estratégia de sistematização		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Contributos ao processo	Foco na Enfermagem	<p><b>GF1</b> - Que evidencie bem o trabalho do enfermeiro no pré-hospitalar.</p> <p><b>GF3</b> - Que valorize e evidencie a atividade dos enfermeiros</p> <p><b>GF5</b> - [...] que permita perceber que isto traduz e dá visibilidade ao trabalho dos enfermeiros</p> <p><b>GF5</b> - Que traduza aquilo que fazemos</p> <p><b>GF5</b> – [...] representar a qualidade e visibilidade da nossa atuação.</p>
	Ênfase na Continuidade de Cuidados	<p><b>GF5</b> - [...] um padrão que garanta a continuidade e segurança de cuidados do doente.</p> <p><b>GF4</b> – Independentemente de tudo que garanta a continuidade do que fazemos [...]</p>
	Simples, claro e objetivo	<p><b>GF5</b> - [...] um padrão que seja simples, claro e conciso.</p> <p><b>GF3</b> - [...] ferramenta que nos ajudem a ser claros e objetivos</p> <p><b>GF7</b> - ter um conjunto de focos e intervenções reduzido, mais focalizado para resolver o problema agudo</p> <p><b>GF4</b> - Simplicidade no registo e utilidade no mesmo, para que possa ser bastante prático para todos.</p> <p><b>GF2</b> - A principal sugestão: que o registo seja simples</p> <p><b>GF4</b> - Um processo simples. Tudo o que for processo complexo, na rua vai dificultar ainda mais</p> <p><b>GF4</b> - É importante simplificar o processo para que seja mais facilmente feito e aceite</p> <p><b>GF6</b> - Senão for simples vamos perder os colegas.</p> <p><b>GF6</b> - Tem de ser uma <i>App</i> simples [...]</p> <p><b>GF2</b> - Algo simples, [...] não podemos tratar 30 min o doente e passar outros 30 min a fazer registos.</p> <p><b>GF2</b> - Tem de ser algo simples ou não ficamos disponíveis para a ocorrência seguinte</p> <p><b>GF7</b> - Vejo os registos numa perspetiva mais simplificada. Na EPH eu pretendo resolver o problema agudo.</p> <p><b>GF2</b> - simplificar os registos e implementar. Acho uma iniciativa fenomenal.</p> <p><b>GF4</b> - [...] criar algo simplificado [...]</p> <p><b>GF6</b> - [...] poderá ser algo não tão complexo.</p>

	<p>Fácil e Gerador de Motivação</p>	<p>GF6 - Que seja algo <i>userfriendly</i>,                  GF6 - [...] se for <i>friendly</i>, simples, as pessoas vão aderir                  GF6 - Tem de ser [...] <i>userfriendly</i>, se as pessoas comprarem o “boneco” vão usa-lo                  GF5 - Que seja fácil de motivar para a sua utilização                  GF4 - Torne mais fácil a recolha posterior de dados por exemplo na consulta.                  GF6 - Se fizermos algo muito complexo, vamos perder as equipas.                  GF6 - Estamos a partir do zero e para chegar ao máximo não pode ser complicado.                  GF6 - Senão for simples vamos perder os colegas.                  GF6 - Traduzir isto na rua era importante, mas que fosse facilitador e motivador                  GF5 - Não podemos complicar, senão vamos criar um grande problema.                  GF5 - Se tornarmos isto muito complexo, os colegas perdem a vontade de registar [...]                  GF2 - Não pode ser algo complexo                  GF2 - Fico melhor ao ouvir dizer que é possível facilitar.                  GF5 - [...] fácil de utilizar.                  GF6 - poderá ser algo não tão complexo                  GF8 - Centrado naquilo que se faz, e, portanto, fácil.</p>
	<p>Intuitivo</p>	<p>GF6 - [...] se pensarmos no procedimento executado ele vai elencar na Atitude ou no fenómeno.                  GF1 - Com hipótese de aparecer de forma intuitiva os diagnósticos de intervenções mais comuns e depois deixar um texto em aberto para outros diagnósticos e procedimentos não tão comuns                  GF6 - Se eu registar uma aspiração de secreções estou a querer elencar uma limpeza ineficaz da via aérea                  GF6 - Elencar dentro de cada uma das letras da avaliação (ABCDE), por exemplo colocar no C monitorizar deficiência cardíaca e monitorizar o status hemodinâmico e isto traduzir algum compromisso em que depois eu poderia definir que seria em grau ligeiro ou moderado para simplificar                  GF6 - Que elencasse intervenções e levassem a algo e esse algo construiria para todos os efeitos o registo.                  GF7 - [...] intuitivamente [...] seleccionaríamos por <i>touch</i> no ABCDE um problema que encaixaria                  GF5 - Um modelo que seja intuitivo [...]                  GF4 - [...] intervenções de enfermagem e atitudes poderiam ser colocadas por intermédio de uns piscos                  GF6 - Tem de ser [...] intuitivo.                  GF5 - Acredito que pode ser ultrapassado se o instrumento construído for intuitivo</p>
<p><b>Conteúdo</b></p>	<p>Informações a registar</p>	<p>GF2 – Tudo o que percebemos que o doente tem alterado e o que lhe fizemos para melhorar.                  GF2 – [...] registar a avaliação do doente e depois as atitudes e os diagnósticos que forem feitos</p>

		<p><b>GF4</b> - Registrar a nossa atuação, sem inventar nada.</p> <p><b>GF4</b> - Registrar a nossa atuação para que no intra-hospitalar o caminho do doente tenha seguimento.</p> <p><b>GF4</b> - Devemos registrar a nossa atuação porque na rua muita coisa é feita pelo enfermeiro.</p> <p><b>GF4</b> - Todas as que dentro da nossa atuação sejam pertinentes e que o doente vá ganhar com isso.</p> <p><b>GF4</b> - O que é que nós fizemos? Uma aspiração, uma punção, uma cinesiterapia respiratória...</p> <p><b>GF5</b> – Devemos registrar as intervenções autónomas do enfermeiro.</p> <p><b>GF5</b> – O que registar? [...] as intervenções autónomas do enfermeiro.</p> <p><b>GF8</b> - Registrar não tudo, mas apenas o que for mais relevante [...]</p> <p><b>GF8</b> - Tem de se pensar o quê? Que informação e conjunto de dados têm de lá estar [...]</p> <p><b>GF5</b> - Em relação aos constrangimentos, o principal é encontrarmos o modelo de registo.</p> <p><b>GF7</b> - [...] chegar ao resumo mínimo de dados a guardar relativos à emergência pré-hospitalar.</p> <p><b>GF7</b> - Nas atitudes sugeridas, que estão definidas para problemas agudos, as intervenções padrão que são feitas</p> <p><b>GF7</b> - [...] um conjunto padrão de diagnósticos de problemas agudos que são atendidos pelo pré-hospitalar e ver aquilo que é o mais frequente</p>
	<p>Linguagem dos Registos</p>	<p><b>GF3</b> - [...] linguagem padronizada para o que fazemos e podemos utiliza-la no pré-hospitalar</p> <p><b>GF2</b> – Linguagem adequada [...]</p> <p><b>GF4</b> - Linguagem padronizada com a qual estamos familiarizados (CIPE) e transferi-la para a rua.</p> <p><b>GF7</b> - [...] linguagem Classificada que está no SClinico, a CIPE, numa perspetiva de pré-hospitalar, toda essa atividade está prevista e existe tradução na classificação.</p> <p><b>GF8</b> - Acrescento que esta informação tem de ser estruturada obrigatoriamente.</p> <p><b>GF7</b> - Penso que não é nada incompatível com o que existe em termos de linguagem classificada.</p> <p><b>GF8</b> - Está definido que temos de utilizar a linguagem CIPE [...]</p> <p><b>GF8</b> - [...] as intervenções e forma de registar alguns dados têm de manter alguma coesão para integração no SClinico seguindo a lógica da linguagem.</p> <p><b>GF1</b> - [...] a linguagem deveria ser comum</p>
<p><b>Estrutura</b></p>	<p>Estruturação e áreas de registo</p>	<p><b>GF4</b> – Basear nos procedimentos. As atitudes de enfermagem. E as intervenções vêm associadas a um levantamento ou foco daquele diagnóstico de enfermagem</p> <p><b>GF2</b> - Podia ser um registo com identificação do doente, antecedentes, medicação que faz, como é que se encontrava [...] o que é que nós fizemos e como é que ele ficou.</p> <p><b>GF7</b> - Teríamos um conjunto muito pequeno de intervenções que é aquilo que se faz habitualmente na emergência pré-hospitalar que traduziriam essa atividade.</p> <p><b>GF8</b> - Aqui tem de ser aplicado algo [...] não centrado nos diagnósticos [...] mas naquilo que são as intervenções.</p> <p><b>GF8</b> - [...] tem que se pensar no padrão, definir com clareza o que o enfermeiro faz, em que momento e depois</p>

		<p>estruturar a informação para encaixar numa lógica do modelo de dados do SI.  <b>GF8</b> - Conjunto de dados têm de lá estar, de forma estruturada  <b>GF7</b> - Podemos utilizar da estrutura do SClínico para a emergência pré-hospitalar e poder ter a continuidade depois do registo para dentro do hospital</p>
	<p>Metodologia ABCDE</p>	<p><b>GF3</b> - Estamos familiarizados com o “ABCDE” e não devemos fugir muito disso ao construir uma ferramenta.  <b>GF2</b> – Sou da opinião de que deveríamos seguir o “ABCDE”  <b>GF4</b> - Abordagem do “ABCDE” porque na rua já o fazemos.  <b>GF1</b> - Através do “ABCDE” como foi dito  <b>GF6</b> - Concordo com a abordagem “ABCDE”  <b>GF5</b> – Com o “ABCDE” podemos arranjar algum esquema, este é o foco de intervenção em doente crítico  <b>GF7</b> - O “ABCDE” pode ser usado por exemplo, como se quiser definir.  <b>GF6</b> - Devemos padronizar num conjunto mínimo, usando o “ABCDE” seria ótimo  <b>GF2</b> - [...] avaliação ABCDE,</p>
	<p>Atualização do SIE</p>	<p><b>GF3</b> - [...] devíamos focar no que já existe e tentar operacionalizar como ferramenta de registos para a nossa área  <b>GF5</b> – (ndr. O SClínico) em contexto hospitalar, é demasiado complexo para o contexto pré-hospitalar.  <b>GF2</b> - A ideia que tenho é que é difícil, fazer atualmente registos no SClínico.  <b>GF4</b> - [...] pegarmos na base existente (ndr. SClínico), no resumo mínimo de dados da atividade de enfermagem que já está feito e adaptá-lo à emergência pré-hospitalar</p>

ÁREA TEMÁTICA IV – Condicionantes à implementação do Padrão de Documentação		
Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Disposição dos Enfermeiros	Motivação e área de intervenção própria	<p><b>GF6</b> - A nível intra-hospitalar sinto a necessidade não só de efetuar, mas também como consumidor interno</p> <p><b>GF3</b> - Não nos devemos esconder debaixo de guarda-chuva nenhum, somos enfermeiros, temos o nosso papel.</p> <p><b>GF3</b> - Temos que operacionalizar as nossas competências [...] para que seja possível verificar a evolução, de melhoria ou de deterioração.</p> <p><b>GF6</b> - [...] temos um campo de intervenção, e não vou lá fazer uma série de intervenções e voltar.</p> <p><b>GF3</b> - Somos um grupo, temos massa crítica, [...] há iniciativas que devem ser tomadas por nós. Esta é uma delas.</p> <p><b>GF6</b> - Tenho o gosto de trabalhar numa instituição que a VMER é menos terra de ninguém, [...], portanto acredito que até seja mais fácil introduzirmos este padrão de documentação.</p> <p><b>GF6</b> - Nós vamos lá [...] e temos uma intervenção dirigida à família, ao doente, intervenções autónomas.</p> <p><b>GF6</b> - Nunca vi um médico a fazer cinesiterapia respiratória, toilette brônquica ou aspiração de secreções profunda</p> <p><b>GF6</b> - [...] não andamos na rua a conduzir o carro e a cumprir prescrições médicas</p> <p><b>GF5</b> – (ndr. Existência de um padrão) pode tornar-se uma motivação extra para o sucesso desta implementação.</p>
	Liderança e Motivação das Equipas	<p><b>GF1</b> - [...] dependente das coordenações da VMER de cada Hospital [...]</p> <p><b>GF1</b> - Podemos ter alguns constrangimentos pelas equipas, hospitais e operacionais.</p> <p><b>GF5</b> - Nas equipas um dos constrangimentos é mesmo a motivação dos responsáveis para esta mudança.</p> <p><b>GF5</b> - Vemos coordenações onde a mudança do papel para o digital acarretou um não redondo.</p> <p><b>GF5</b> - Depois fazer com que as coordenações consigam motivá-las para a mudança.</p> <p><b>GF3</b> - Os coordenadores terão que ter engenho e arte de convencer os pares que também o querem [...]</p> <p><b>GF3</b> - Se num grupo só eu quiser, os outros vão fazer quando eu estiver, mas quando não estiver vão deixar.</p> <p><b>GF3</b> - Tudo pode ser motivo para não fazer, por isso há que ter engenho e arte de fazer convencer os colegas de que isto faz a diferença, é necessário e que ontem já era tarde.</p>
	Resistência dos utilizadores	<p><b>GF2</b> - Vai haver uma resistência enorme por parte dos enfermeiros, pois a mudança resulta em resistência.</p> <p><b>GF8</b> - Por último o utilizador. Não quer dizer que o utilizador seja o último a ser considerado</p> <p><b>GF5</b> – Está a ser acrescentada uma exigência que não existia.</p> <p><b>GF5</b> - Agora com um salto muito maior [...] adicionamos um novo sistema de documentação”.</p> <p><b>GF5</b> - Qualquer mudança é uma resistência</p> <p><b>GF4</b> - Não podemos ser nós enfermeiros a complicar este processo.</p>

	Foco na Problemática	<p><b>GF7</b> - A minha sugestão é deixar as questões tecnológicas mais para a frente</p> <p><b>GF7</b> - Interessa é o que é que nós pretendemos colocar lá, depois a forma de o fazer é sempre possível</p> <p><b>GF7</b> - Depois de estar construído o referencial, é uma questão dos engenheiros e informáticos se entenderem.</p> <p><b>GF8</b> - É importante centrar-se no foco. O foco é este padrão, saber aquilo que é ou que deve ser registado</p> <p><b>GF8</b> - A questão das integrações, dos utilizadores, dos circuitos, como é que isto funciona, nos diferentes hospitais deverão ficar para fase posterior.</p> <p><b>GF8</b> - A vertente tecnológica, com um ou dois <i>tablets</i>, com um <i>Smartphone</i>, nós já temos ferramentas.</p>
Garantias das ferramentas	Confidencialidade de dados	<p><b>GF8</b> - Estamos a falar de informação de doentes dados críticos, confidencialidade</p> <p><b>GF8</b> - Tem de estar numa rede própria e controlada. Atenção à proteção de dados.</p>
	Hardware e Software	<p><b>GF8</b> - [...] temos a questão do <b>hardware</b> – onde é que isto vai ficar registado, como vai ficar registado?</p> <p><b>GF8</b> - Depois temos a lógica do software, que software, que modelo de dados?</p> <p><b>GF5</b> - Num novo sistema onde o enfermeiro faz registos [...] como se processa? 2 computadores?</p> <p><b>GF1</b> - Uma aplicação no <i>Smartphone</i>? O enfermeiro tem a aplicação e os dados confluem para o mesmo sítio.</p> <p><b>GF7</b> - Um <i>touchpad</i> com uma <i>App</i> intuitiva e com o toque seleciono as áreas que quero registar</p> <p><b>GF5</b> - Como fazemos na prática? 5 minutos para o médico e outros 5 para o enfermeiro no mesmo aparelho? É outro hardware? É feito na base?</p> <p><b>GF7</b> - A dificuldade não será por aqui, o software desenvolve-se e o hardware adquire-se.</p> <p><b>GF6</b> - Ter um segundo <i>tablet</i> na equipa para que cada um faça o seu registo, não é um custo relevante</p>
	Desenvolvimento e Interoperabilidade	<p><b>GF7</b> - Compreendo a complexidade que vêm no SClinico e na sua forma atual do serviço de urgência, mas não é módulo tal como está que vejo para a EPH</p> <p><b>GF8</b> - [...] o sistema de informação tem de ser ajustado aquilo que é a prática real e de cuidados</p> <p><b>GF8</b> - O modelo terá de ser algo diferente do modelo atual do SClinico, agora tem de ter esta integração</p> <p><b>GF8</b> - Não vamos aplicar o modelo de dados que existe no contexto hospitalar.</p> <p><b>GF7</b> - Portanto aqui terá que haver uma evolução tecnológica [...]</p> <p><b>GF7</b> - Terá de haver um salto tecnológico, utilizar a base existente, mas obviamente noutros moldes.</p> <p><b>GF8</b> -. O modelo e o sistema de dados têm de ser completamente diferentes do que se tem porque é uma realidade completamente diferente [...]</p> <p><b>GF7</b> - Quando penso num SI, em informação classificada para EPH não estou a ver a versão atual do SClinico.</p>

		<p><b>GF7</b> - [...] mas não na forma como funciona o SClínico, pois isso é impensável.</p> <p><b>GF7</b> - Falamos de um problema de enfermagem um foco ou um diagnóstico, temos mais que uma dimensão no diagnóstico. Dimensões e sub-dimensões que podem ser trabalhadas no internamento, não no SU.</p> <p><b>GF8</b> - [...] faz sentido a informação integrar o SClínico e depois integrar todo o Processo Clínico Único do doente.</p> <p><b>GF8</b> - [...] devem haver registos, quando os vamos ter e pensar na interoperabilidade.</p> <p><b>GF8</b> - A Interoperabilidade é um tema que terá de ser discutido mais à frente mas sim hoje é possível.</p> <p><b>GF8</b> - É possível haver ligação, é possível que a equipa na urgência tenha acesso à informação</p> <p><b>GF8</b> - A quinta área, que temos vindo a falar é a do <b>integraware</b>, portanto esta questão da interoperabilidade [...]</p>
<b>Fatores Institucionais</b>	Equipa de Implementação	<p><b>GF8</b> - A terceira é chamada de <b>peopleware</b>. Numa organização, existem constrangimentos. Tem de ser pensado em equipa multidisciplinar e essa equipa também terá constrangimentos [...]</p> <p><b>GF8</b> - [...] o <b>localware</b>, ou seja, os circuitos e fluxos de informação e prestação como é que acontecem.</p>
	Política e Gestão Superior	<p><b>GF2</b> - Não sei qual será a “disponibilidade do INEM” em colaborar ou se terá alguma interferência,</p> <p><b>GF1</b> - Vai estar sempre muito dependente do INEM</p> <p><b>GF1</b> - Poderão haver resistências por parte do INEM e das organizações de saúde</p> <p><b>GF3</b> - Para que isto aconteça tem de existir uma decisão política.</p> <p><b>GF3</b> - Da decisão, vai ter de fazer parte “É obrigatório ou não?”,</p> <p><b>GF3</b> - [...] o enfermeiro para fazer pré-hospitalar tem de fazer registos.</p> <p><b>GF6</b> - O nosso problema o maior constrangimento é a política, não a forma nem o conteúdo.</p> <p><b>GF6</b> - A decisão política tem de vir de cima para baixo.</p> <p><b>GF3</b> - Os registos, vão ter resistência, mas tem e haver decisão e estratégia</p>
<b>Sugestões Finais</b>		<p><b>GF1</b> - Se possível no futuro integrar algum perito do Sul ou associado a alguma associação</p> <p><b>GF3</b> - [...] integrar a Ordem dos Enfermeiros.</p>

## APENDICE VII – Padrão Documental – Proposta final



## Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto Pré-hospitalar

Uma proposta de padrão de documentação

PROCEDIMENTOS I-TEAMS				SCLÍNICO - VERSÃO NORMALIZAÇÃO (CPAT V.1.1)			
GRUPO	SUB-GRUPO	F_ORDE	DESCRIÇÃO	ATITUDES TERAPÉUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ELEGÍVEIS	FOCOS ATENÇÃO = DIAGNÓSTICOS ENF	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ELEGÍVEIS
(A)	Desobstrução	1	Remoção Corpo Estranho	ATINERISTENTE		ASPIRAÇÃO	90009881 Remover corpo estranho
		2	Aspiração das Vias Aéreas	910000471 ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES	90011111 Aspirar secreções	LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS (camprametida)	90011111 Aspirar secreções
		3	Tubo Orofaríngeo	ATINERISTENTE			
	Proteção	4	Máscara Laríngea	910000991 APLICAÇÃO DE MÁSCARA LARÍNGEA	90002781 Colocar disparetivar	VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		5	Entubação Orotraqueal	910002111 CUIDADOS COM TUBO ENDOTRAQUEAL	90002621 Manitarizar pressão do disparetivar (cuff) 90006161 Otimizar tuba traqueal	VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		6	Entubação Nasotraqueal	910002111 CUIDADOS COM TUBO ENDOTRAQUEAL	90002621 Manitarizar pressão do disparetivar (cuff) 90006161 Otimizar tuba traqueal	VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		7	Oxicamínia	ATINERISTENTE		VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
(B)	Oxigenoterapia	1	Canula Nasal	910001241 OXIGENOTERAPIA POR CANULA NASAL	90009831 Executar oxigenoterapia	DISPNEIA	90025291 Avaliar dispneia 90009831 Executar oxigenoterapia 90003591 Gerir oxigenoterapia 90012751 Manitarizar frequência respiratória 90012931 Manitarizar saturação de oxigénio
		2	Máscara Facial	910001261 OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	90009831 Executar oxigenoterapia	DISPNEIA	90025291 Avaliar dispneia 90009831 Executar oxigenoterapia 90003591 Gerir oxigenoterapia 90012751 Manitarizar frequência respiratória 90012931 Manitarizar saturação de oxigénio
		3	Máscara Alta Débita	910001251 OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA	90009831 Executar oxigenoterapia	DISPNEIA	90025291 Avaliar dispneia 90003591 Gerir oxigenoterapia 90012751 Manitarizar frequência respiratória 90012931 Manitarizar saturação de oxigénio
	Suporte	4	Bouziqñhoc	910001251 OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA	90009831 Executar oxigenoterapia	DISPNEIA	90025291 Avaliar dispneia 90003591 Gerir oxigenoterapia 90012751 Manitarizar frequência respiratória 90012931 Manitarizar saturação de oxigénio
		5	Nebulização	910002031 INHALAÇÃO DE AEROSOL OU VAPOR	90012331 Executar inalação	DISPNEIA	90025291 Avaliar dispneia 90009831 Executar oxigenoterapia
		6	Ventilação Manual	ATINERISTENTE		VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		7	Ventilação não Invasiva - CPAP/BIPAP	910002021 VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	90042341 Manitarizar parâmetros do ventilador 900009951 Viqiar adaptação ao ventilador	VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		8	Ventilação Invasiva Assitida	910000131 VENTILAÇÃO MECÂNICA	90042341 Manitarizar parâmetros do ventilador 900009951 Viqiar adaptação ao ventilador	VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		9	Ventilação Invasiva Assitida/Controlada	910000131 VENTILAÇÃO MECÂNICA	90042341 Manitarizar parâmetros do ventilador 900009951 Viqiar adaptação ao ventilador	VENTILAÇÃO (camprametida)	90037761 Avaliar ventilação
		10	Drenagem Pnoemotórax (Cateter)	ATINERISTENTE		FERIDA NO TÓRAX (lateralidade)	90040641 Otimizar cateter 90011121 Aplicar penso compressivo
		11	Colocação Drena Torácica	910000711 CUIDADOS COM DRENO TORÁCICO	90014681 Manitarizar liquida de drenagem 90018821 Viqiar liquida de drenagem 90006121 Otimizar drena	FERIDA NO TÓRAX (lateralidade)	90014681 Manitarizar liquida de drenagem 90018821 Viqiar liquida de drenagem 90011121 Aplicar penso compressivo
(C)	Suporte de Vida	1	DAE	ATINERISTENTE		ARRITMIA	90006611 Defibrillar
		2	Defibrilhação Manual	ATINERISTENTE		ARRITMIA	90006611 Defibrillar
		3	Compressão Cardíaca Manual	ATINERISTENTE		ARRITMIA	90012201 Executar suporte avançada de vida 90012211 Executar suporte básica de vida
		4	Compressão Cardíaca Compressão Mecânica	ATINERISTENTE		ARRITMIA	90012201 Executar suporte avançada de vida 90012211 Executar suporte básica de vida
	Cateeterismo	5	Venara Periferica	910000621 CUIDADOS COM CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO	90010981 Inserir cateter venara periférica		
		6	Venara Central	910000611 CUIDADOS COM CATÉTER VENOSO CENTRAL 910000521 CUIDADOS COM CATÉTER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA	90010991 Otimizar cateter venara central 90010991 Otimizar cateter venara central		
		7	Accesa Intra-Oreza	ATINERISTENTE			
	Outra Intervenções	8	Pacemaker Externa	910001271 CUIDADOS COM PACEMAKER TEMPORÁRIO	90001451 Otimizar disparetivar	ARRITMIA	90029161 Viqiar traçada electrocardiográfica 90000821 Otimizar pacemaker
		9	Cardioverza Sincronizada	ATINERISTENTE		ARRITMIA	90020491 Executar cardioverza 90029161 Viqiar traçada electrocardiográfica
		10	Garrto ou Tarniquete	ATINERISTENTE		HEMORRAGIA	90002781 Colocar disparetivar
		11	Pericardicentore	ATINERISTENTE		FERIDA NO TÓRAX (controlada esquerda)	90014681 Manitarizar liquida de drenagem 90018821 Viqiar liquida de drenagem
		12	EOG 12 Derivação	910000091 MONITORIZAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA (ECG)		ARRITMIA	90029161 Viqiar traçada electrocardiográfica

## Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica em contexto Pré-hospitalar

Uma proposta de padrão de documentação

PROCEDIMENTOS / TEAMS			SCLÍNICO - VERSÃO NORMALIZAÇÃO (CPAT V.1.1)					
GRUPO	SUB-GRUPO	_ORDE	DESCRICAO	ATITUDES TERAPÉUTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ELEGÍVEIS	FOCOS ATENÇÃO == DIAGNÓSTICOS ENF	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ELEGÍVEIS	
<b>(D) Disfunção Neurológica</b>	Avaliação	1	Escala Coma Glasgow	91000106   MONITORIZAÇÃO DA CONSCIÊNCIA ATRAVÉS DA EC-GLASGOW	90011411   Manterizar consciência por Escala de Glasgow	CONSCIÊNCIA	90011411   Manterizar consciência por Escala de Glasgow	
		2	Pupilar	AT INEXISTENTE		CONSCIÊNCIA	90015111   Visar reflexo pupilar	
		3	Simetria Motora	AT INEXISTENTE		ATIVIDADE MOTORA ou MOVIMENTO MUSCULAR	90002791   Avaliar atividade motora 90040021   Avaliar movimento muscular	
	Intervenção	4	Cabeceira a 30°	91000073   ELEVAÇÃO DA CABECEIRA DA CAMA	90012291   Elevar a cabeceira da cama		90021431   Avaliar agitação 90039101   Aplicar dispositivo de imobilização	
		5	Contenção ou imobilização	91000100   MEDIDAS DE CONTENÇÃO FÍSICA			AGITAÇÃO	90012601   Manterizar glicemia capilar 90004261   Administrar insulina (protocola)
		6	Glicemia Capilar	91000010   MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR	90012601   Manterizar glicemia capilar		METABOLISMO ENERGÉTICO / HIPER/HIPOGLICEMIA	90009611   Tratar hipoglicemia 90006941   Visar zinco de hiperglicemia
<b>(E) Exposição</b>	1	Arrefecimento Corporal	91000039   APLICAÇÃO DE FRIO	90011091   Aplicar envolvimento frio		HIPERTERMIA / FEBRE	90007631   Manterizar temperatura corporal 90011091   Aplicar envolvimento frio	
		Aquecimento Corporal	91000033   APLICAÇÃO DE CALOR	90011101   Aplicar envolvimento quente		HIPOTERMIA	90007631   Manterizar temperatura corporal 90011101   Aplicar envolvimento quente	
	3	Limpeza/Pratocção ferida	91000038   APLICAÇÃO DE PENSO ESTÉRIL	90011121   Aplicar penso compressiva		FERIDA	90002301   Lavar 90000013   Desinfetar 90000000   Pratear 90011121   Aplicar penso compressiva	
<b>(F) Intervenções Focalizadas e Família</b>	Sinais Vitais	1	Manterização de Sinais Vitais	91000008   MONITORIZAÇÃO DE SINAIS VITAIS	90018101   Manterizar zinco vitais	FUNÇÃO	90018101   Manterizar zinco vitais	
		2	Entubação Gástrica	91000002   ENTUBAÇÃO NASOGÁSTRICA (SNG) 91000078   ENTUBAÇÃO OROGÁSTRICA	90007561   Inserir sonda gástrica 90007561   Inserir sonda gástrica 90007561   Inserir sonda gástrica	ABSORÇÃO / VÔMITO	90002077   Avaliar abstração 90037931   Avaliar vômita 90007561   Inserir sonda gástrica	
	Intervenções	3	Lavagem Gástrica	91000005   CUIDADOS COM Sonda NASOGÁSTRICA (SNG)	90012501   Visar conteúdo gástrica		90012501   Visar conteúdo gástrica	
		4	Alcação	91000066   IDRENAGEM PASSIVA CONTEÚDO GÁSTRICO POR SNG	90006601   Drenar conteúdo gástrica através do sonda		90006601   Drenar conteúdo gástrica através do sonda 90037721   Avaliar ura do rubstância	
	Parto	7	Azurrir ao Parto	AT INEXISTENTE			ABUSO DE SUBSTÂNCIAS / ABUSO DE DROGAS	90007561   Inserir sonda gástrica 90016221   Executar lavagem gástrica
		8	Enxurratoma	AT INEXISTENTE			ELIMINAÇÃO URINÁRIA / RETENÇÃO URINÁRIA	90007561   Inserir sonda gástrica 90036261   Avaliar retenção urinária
		11	Enxurratoma	AT INEXISTENTE			ASPIRAÇÃO	90007561   Inserir sonda gástrica 90012691   Visar eliminação urinária
		12	Apai na Luta	AT INEXISTENTE				90014671   Manterizar eliminação urinária 90009981   Remover corpo estranho
	Família	7	Azurrir ao Parto	AT INEXISTENTE			TRABALHO DE PARTO	90017211   Azurrir durante o trabalho de parto 90017601   Calabarar na parto 90017201   Executar laqueação prévia do cordão umbilical 90000024   Cortar cordão umbilical 90017681   Visar parirar do trabalho de parto 90019821   Visar de quietadura 90004291   Calocar criança em cantata corpo a corpo
		11	Enxurratoma	AT INEXISTENTE			PROCESSO FAMILIAR	90013771   Incentivar o envolvimento da família 90017161   Executar incisão na parirar 90002270   Envolver a família 90000019   Enxurrar a família sobre canção da parirar
<b>(G) Dar Conforto</b>	1	Manterizar o Dar	91000026   VIGILÂNCIA DA DOR	90014711   Manterizar dar		DOR	90014711   Manterizar dar	
		2	Medidar conforto não farmacológico	AT INEXISTENTE			CONFORTO	90013551   Visar dar 90007211   Enxurrar sobre extratqjar não farmacológico 90012241   Executar tratamento extratqjar não farmacológico
<b>(H) História e (I) Inspecção Posterior</b>	Imobilização	3	Colar Cervical	91000027   APLICAÇÃO DE COLAR CERVICAL	90039101   Aplicar dispositivo de imobilização			
		4	Plana Dura	91000086   IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZADORES	90039101   Aplicar dispositivo de imobilização			
		5	Maca de Vacua	91000086   IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZADORES	90039101   Aplicar dispositivo de imobilização			
		6	Cinta Plástica	91000086   IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZADORES	90039101   Aplicar dispositivo de imobilização			
		7	Colata Extração	91000086   IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZADORES	90039101   Aplicar dispositivo de imobilização			
		8	Talar de Imobilização	91000044   APLICAÇÃO DE TALA	90005631   Aplicar tala de imobilização			

## APENDICE VIII – PREEPH – Protótipo de Registos de Enfermagem em EPH



