



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# **Documentação dos Cuidados de Enfermagem em Contexto Pré-Hospitalar – Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

Vítor José Fernandes Rocha

**Escola Superior de Saúde**

Outubro de 2021

Escola Superior de Saúde





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Vítor José Fernandes Rocha

# **Documentação dos Cuidados de Enfermagem em Contexto Pré-Hospitalar – Viatura Médica de Emergência e Reanimação**

VII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Aurora Pereira

Outubro 2021



## RESUMO

Nos últimos anos, a documentação dos cuidados de enfermagem, tem evoluído substancialmente, devido à evolução do conhecimento da disciplina de enfermagem, devido às necessidades impostas pelas políticas de saúde, mas também pela progressiva mudança de paradigma na conceção dos cuidados de enfermagem por parte dos seus profissionais.

Em Portugal, esta realidade não é diferente, no entanto, em determinados contextos da prática, como é o caso do contexto pré-hospitalar e mais especificamente da Viatura Médica de Emergência e Reanimação, a prática da documentação dos cuidados de enfermagem, ainda é subvalorizada. A inexistência de instrumentos próprios de registo, aliada à forte preponderância de modelos de cuidados centrados na doença e no modelo biomédico, bem como a especificidade dos cuidados prestados neste contexto, tem contribuído para esta desvalorização.

Reconhecendo a importância fundamental que a documentação dos cuidados de enfermagem assume, também, neste contexto e a evidente escassez de estudos que contemplem os registos produzidos pelos enfermeiros e os resultados obtidos com os cuidados de enfermagem prestados, desenvolvemos este estudo, no sentido de compreender a perceção dos enfermeiros relativamente à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER.

Para a consecução deste estudo, assente num paradigma qualitativo, de carácter exploratório descritivo, recorremos à entrevista semiestruturada enquanto método de recolha de dados. Participaram no estudo oito enfermeiros que integram a equipa da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de um hospital do Norte de Portugal.

Os dados obtidos foram agregados através da técnica de análise de conteúdo, tendo emergido as seguintes áreas temáticas: cuidados de enfermagem prestados; a informação documentada; fatores que interferem na documentação, as sugestões de melhoria da documentação e os contributos da documentação de cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar.

Os resultados indicam que os cuidados prestados no contexto pré-hospitalar se centram essencialmente no indivíduo, circunscritos ao domínio da função e assentes no modelo biomédico. Da informação documentada sobressai a subdocumentação dos cuidados

de enfermagem, fortemente influenciada pelos registos centrados no médico, pela desvalorização da prática da documentação, pelos condicionalismos dos instrumentos de registo e pela própria informação documentada. Os contributos da documentação dos cuidados enunciadas pelos participantes são reveladores da importância que lhe atribuem, destacando-se a continuidade, a qualidade, a segurança e qualidade dos cuidados, a investigação, auditorias e o suporte legal.

São evidenciadas sugestões no sentido de otimizar a documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar através da criação de espaços de reflexão, da reestruturação dos instrumentos de registo e da informação a documentar.

O estudo permite concluir a elevada relevância atribuída pelos participantes à documentação dos cuidados de enfermagem, no entanto, os cuidados de enfermagem documentados não traduzem os cuidados de enfermagem prestados nem a tomada de decisão do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Documentação; Cuidados de Enfermagem; Atendimento Pré-Hospitalar.

## **ABSTRACT**

In recent years, the documentation of nursing care has evolved substantially, due to the evolution of knowledge in the discipline of nursing, due to the needs imposed by health policies, but also due to the progressive change in the paradigm in the design of nursing care by nurses. its professionals.

In Portugal, this reality is no different, however, in certain contexts of practice, such as the pre-hospital context and more specifically in the Emergency and Reanimation Medical Vehicle, the practice of documenting nursing care is still undervalued . The lack of proper recording instruments, combined with the strong preponderance of models of care centered on the disease and on the biomedical model, as well as the specificity of the care provided in this context, has contributed to this devaluation.

Recognizing the fundamental importance that the documentation of nursing care assumes, also in this context and the evident scarcity of studies that address the records produced by nurses and the results obtained with the nursing care provided, we developed this study, in order to understand the nurses' perception regarding the documentation of nursing care for people in critical situations in the pre-hospital context – VMER.

In order to carry out this study, based on a qualitative paradigm, with an exploratory-descriptive character, we used semi-structured interviews as a data collection method. Eight nurses who are part of the team of the Emergency Medical Vehicle and Resuscitation of a hospital in Northern Portugal participated in the study.

The data obtained were aggregated using the content analysis technique, and the following thematic areas emerged: nursing care provided; the documented information; factors that interfere with the documentation, suggestions for improving documentation and the contributions of nursing care documentation in the pre-hospital context.

The results indicate that the care provided in the pre-hospital context is essentially centered on the individual, limited to the domain of function and based on the biomedical model. From the documented information, under-documentation of nursing care stands out, strongly influenced by records centered on the physician, by the devaluation of the practice of documentation, by the constraints of recording instruments and by the documented information itself. The contributions of the documentation of care mentioned

by the participants reveal the importance they attribute to it, highlighting the continuity, quality, safety and quality of care, research, audits and legal support.

Suggestions are made to optimize the documentation of nursing care in the pre-hospital context through the creation of spaces for reflection, restructuring of the recording instruments and the information to be documented.

The study allows us to conclude the high relevance attributed by the participants to the documentation of nursing care, however, documented nursing care does not reflect the nursing care provided or the nurse's decision-making.

**Keywords:** Documentation; Nursing care; pre-Hospital care.



## **AGRADECIMENTOS**

À professora Doutora Aurora Pereira, pela partilha de saberes e conhecimentos, pela orientação, mas sobretudo pela motivação.

Aos participantes do estudo pela disponibilidade e pelos contributos.

Ao Francisco, um companheiro desde o início, até ao fim.

À Teresa, pela amizade que explica tudo o resto, e haveria tanto para contar.

À família, porque quando não há mais nada, haverá sempre a família.

Ao Xu, que em todos os momentos da minha vida, vitórias ou derrotas está e estará sempre lá.

**MUITO OBRIGADO A TODOS!**



# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**AGRADECIMENTOS**

**SUMÁRIO..... 11**

**ÍNDICE DE FIGURAS..... 13**

**ÍNDICE DE QUADROS ..... 15**

**SIGLAS E ACRÓNIMOS..... 17**

**INTRODUÇÃO ..... 19**

**CAPÍTULO I - Enquadramento teórico..... 23**

1 – Enfermagem: Disciplina da Prática e do Conhecimento ..... 25

2 – Documentação dos cuidados de enfermagem..... 25

3 – Emergência pré-hospitalar ..... 35

3.1 – Evolução histórica da emergência pré-hospitalar ..... 35

3.2 – O enfermeiro no contexto pré-hospitalar ..... 35

3.3 – Instrumentos de documentação no contexto pré-hospitalar ..... 38

**CAPÍTULO II - Percurso metodológico..... 47**

1 – Da problemática aos objetivos do estudo..... 48

2 – Tipo de estudo..... 48

3 – Contexto do estudo ..... 50

3.1- O contexto..... 51

3.2 – Os participantes..... 53

3.2.1 – Caracterização dos participantes ..... 54

4 – Procedimento de recolha de dados ..... 55

5 – Procedimentos de análise de dados..... 56

6 – Aspetos éticos..... 58

**CAPÍTULO III - Apresentação e análise dos dados ..... 61**

1 – Cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar: VMER ..... 64

2 – Informação documentada no contexto pré-hospitalar ..... 68

3 – Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem.....	73
4 – Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem.....	78
5 – Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar.....	83
<b>CAPÍTULO IV - Discussão dos resultados .....</b>	<b>89</b>
<b>CAPÍTULO V - Conclusões e perspetivas futuras .....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>123</b>

## **ANEXOS**

Anexo 1- Autorização para realização do estudo e parecer da Comissão de Ética e Comissão de Proteção de Dados

Anexo 2 - Ficha de observação médica

Anexo 3 - Verbete Nacional de Socorro

Anexo 4 - ITeams

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 - Guião de entrevista, Informação ao participante e declaração de consentimento informado

Apêndice 2 - Matriz de Redução de Dados

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1 – Áreas temáticas .....	63
Figura 2 – Cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar: categorias .....	64
Figura 3 - Informação documentada: categorias e subcategorias .....	69
Figura 4 – Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem: categorias e subcategorias .....	73
Figura 5 – Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem: categorias, subcategorias e sub-subcategorias .....	79
Figura 6 – Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar: categorias .....	84
Figura 7 - Fatores que interferem e sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem no pré-hospitalar: aspetos comuns. ....	100
Figura 8 - Documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar: VMER. ....	111



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro síntese caracterização da amostra .....	54
---	----





## **SIGLAS E ACRÓNIMOS**

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CODU-MAR – Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EPE – Entidade Pública Empresarial

GNR – Guarda Nacional Republicana

IE – Intervenções dos Enfermeiros

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PSP – Polícia de Segurança Pública

PH – Pré-hospitalar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UMIPE – Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## INTRODUÇÃO

Quando falamos em Enfermagem, falamos de uma profissão e de uma disciplina que está em constante desenvolvimento, quer pela evolução do ensino, quer pela maior complexidade dos cuidados de enfermagem, quer ainda, pela evolução das necessidades em cuidados de saúde das populações.

Enquanto profissão, a Enfermagem caracteriza-se pelas atividades ou ações que fazem parte da sua prática, ao se assumirem como facilitadoras dos processos de transição com vista à saúde e bem-estar das pessoas, famílias e comunidades. Neste sentido, os enfermeiros facilitam os processos de transição, cuidando das pessoas, quer na promoção ou recuperação do autocuidado, quer no auxílio na satisfação de necessidades humanas fundamentais. Promovem processos adaptativos eficazes, considerando os contextos e a diversidade cultural, valorizam a ação do cuidar como relação interpessoal terapêutica, onde o cuidar é assumido como condição da essência humana (Watson, 2002).

Enquanto disciplina caracteriza-se pelo conhecimento constituído sobre o seu objeto de estudo, decorrente de intensivo esforço da investigação, gerando teorias compreensivas ou explicativas da realidade que lhe é relevante. Assim, ao longo do seu processo histórico, a Enfermagem, vem tentando produzir um corpo de conhecimento próprio, que atenda aos interesses, necessidades e particularidades da profissão e do contexto social. Esse corpo de conhecimento, considerado como “matéria-prima” usada pelos enfermeiros para produzir os cuidados (Silva, 2007) é enformado pela investigação e pelos modelos e teorias de Enfermagem, mas também pelo exercício profissional dos enfermeiros, que tem vindo a evoluir de uma lógica inicial, essencialmente sustentada na execução, para uma lógica progressivamente mais conceptual, usando o conhecimento que é criado e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem (*idem*).

As teorias de enfermagem permitem o desenvolvimento de conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos fenómenos de interesse para a Enfermagem, as relações que se estabelecem entre eles, as condições e contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem e também o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as

práticas de cuidados. (Meleis, 2012). Ao longo dos anos foram surgindo várias teorias de enfermagem, organizadas em várias escolas de pensamento. Todas elas, independentemente da escola de pensamento subjacente, têm como perspetiva comum, “(...) os cuidados centrados na pessoa como sujeito ativo desses cuidados e uma relação de parceria entre quem presta e quem recebe os cuidados” (Collière, 1999). De entre as várias teorias e modelos teóricos, destacamos a Teoria das Transições de Meleis porque oferece uma perspetiva única de conhecimento que orienta o exercício profissional do enfermeiro. Meleis [et al.] (2000) definiram Enfermagem como um processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar. Esta definição desenvolve-se à volta do conceito central de “transição”, enquanto passagem de uma fase da vida para outra ou mudança de uma condição/estado para outro. Considerando a Enfermagem uma ciência que tem como foco as respostas humanas ao processo de transição da pessoa, é essencial que os enfermeiros sejam capazes de desenvolver estratégias ou mecanismos que demonstrem a visibilidade dos cuidados que prestam à população. Na perspetiva de Goossen (2000), o valor da Enfermagem tem que ser demonstrado a quem não o compreende.

Assim, os registos de enfermagem devem permitir a visibilidade e a necessidade de cuidados de enfermagem à população, sem descorar a sua importância no que concerne à tomada de decisão, enquanto suporte (Teixeira e Cardoso, 2003).

Faz parte das competências do enfermeiro descritas no artigo 5.º do Decreto-Lei (DL) n.º 161/96, que a tomada de decisão incorpore a prestação de cuidados e a estruturação de registos com base em evidência científica. Desta forma, podemos afirmar que a documentação da informação constitui um dever do enfermeiro, uma vez que esta responsabilidade está também implícita no artigo 83º, intitulado de “Do direito ao Cuidado”, alínea d) que nos remete para o dever do enfermeiro em “assegurar a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Lei n.º 111/2009, p. 6548).

No entanto, em Portugal, a prática da documentação de cuidados é tradicionalmente subvalorizada pelos enfermeiros dada a conceção passada de cuidados centrados essencialmente num modelo biomédico, facto este que se torna mais evidente em contextos específicos como o pré-hospitalar.

O atendimento pré-hospitalar (PH) tem sido, de uma forma transversal, alvo da atenção da sociedade. Este facto constata-se não só pela comunicação social, mas também junto dos profissionais que prestam cuidados neste contexto. Também as entidades governamentais têm demonstrado preocupação na organização deste tipo de resposta

à população. Acompanhando a evolução global, o atendimento pré-hospitalar evoluiu tanto da qualidade dos serviços prestados como na forma de funcionamento. Esta evolução deveu-se essencialmente a um maior investimento na área e à evolução tecnológica aliada ao crescente grau de diferenciação dos cuidados prestados.

A Enfermagem não esteve alheia a esta evolução, e de forma proactiva integrou o processo de evolução do atendimento pré-hospitalar em Portugal. A tomada de decisão dos enfermeiros e a capacidade de autonomia são fatores cruciais para que a intervenção de enfermagem seja cada vez mais enfatizada e reconhecida e, assim, os cuidados prestados sejam progressivamente de maior qualidade e a sua imprescindibilidade seja cada vez mais uma realidade.

Em Portugal, compete ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) coordenar um conjunto de ações de âmbito pré-hospitalar, hospitalar e inter-hospitalar, de modo a possibilitar uma atuação rápida, eficaz e com economia de meios em situações de emergência médica. É constituído por um conjunto de serviços e meios para acudir a situações de emergência médica, entre eles a Viatura Médica de Emergência e Reanimação, doravante, VMER. Esta tem como função a intervenção pré-hospitalar, proporcionando o prolongamento do serviço de urgência hospitalar, permitindo o transporte rápido de uma equipa constituída por médico e enfermeiro, dotados de equipamento para Suporte Avançado de Vida (SAV) (DL n.º 220/2007).

Neste meio tão diferenciado que é a VMER, em que os cuidados de enfermagem são fortemente influenciados por um modelo assistencial hospitalocêntrico ou biomédico, e fortemente centrado na doença e não no ser humano, a documentação dos cuidados de enfermagem assume uma importância fundamental. Deste modo, esta tem que ser dinamizada e refletida quer pelos intervenientes, quer pelas chefias e instituições, mas também pelos enfermeiros que se ocupam da investigação.

No entanto, foi para nós evidente a escassez de estudos/literatura que contemplem tanto os registos produzidos pelos enfermeiros como os resultados produzidos pelos cuidados prestados à pessoa em situação crítica no contexto pré-hospitalar - VMER.

Com base nestes pressupostos, consideramos que a natureza dos cuidados de enfermagem, a informação produzida e as opções de documentação dos enfermeiros no contexto pré-hospitalar justificam uma análise e reflexão sobre a essência e o valor que a informação assume. Do mesmo modo, o nosso interesse pessoal pela temática da documentação de cuidados de enfermagem desde há vários anos, motivou a realização deste estudo, que surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que tem como principal objetivo: **compreender a perceção dos**

**enfermeiros relativamente à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER.**

É um estudo ancorado no paradigma qualitativo, de carácter exploratório-descritivo, para o qual utilizamos a entrevista como método de recolha de dados. Em nosso entender, esta investigação é relevante pelas reflexões que pode proporcionar, relacionadas com o processo de prestação e documentação de cuidados à pessoa em situação crítica, contribuindo no futuro para a melhoria da documentação de cuidados, assim como para ganhos na qualidade dos cuidados prestados, sobretudo no contexto onde realizamos o estudo.

O relatório que a seguir apresentamos pretende explicar com clareza e de forma sucinta o percurso de investigação. Neste sentido, procedemos a uma estruturação do seu conteúdo em cinco capítulos.

No primeiro capítulo contextualizamos a Enfermagem enquanto disciplina da prática e do conhecimento, onde incluímos as diferentes conceções de cuidados de enfermagem, e a emergência pré-hospitalar, o papel do enfermeiro neste contexto e a problemática da documentação de cuidados de enfermagem. Para concluir este primeiro capítulo procuramos explorar aspetos relacionados com a documentação, direcionados, sobretudo, para os instrumentos de documentação de cuidados à pessoa em contexto pré-hospitalar.

No segundo capítulo, apresentamos o percurso desde a problemática até aos objetivos, o tipo de estudo, estratégias de recolha e tratamento de dados, o contexto e participantes, assim como as considerações éticas.

A apresentação e análise dos dados obtidos integram o terceiro capítulo, sendo o quarto capítulo destinado à discussão dos resultados obtidos.

As conclusões e as perspetivas futuras, são relatadas no quinto e último capítulo e nele incluímos também as sugestões no sentido de melhorar os cuidados de enfermagem prestados e respetiva documentação no contexto onde decorreu o estudo.

## **CAPÍTULO I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**





Neste capítulo, desenvolvemos o quadro teórico-conceitual que sustenta todo o estudo realizado. Desta forma, não só abordamos o percurso da Enfermagem desde a sua conceção enquanto disciplina até à conceção dos cuidados de enfermagem propriamente ditos, como a temática da documentação de cuidados de enfermagem. Explanamos ainda a emergência pré-hospitalar onde se insere a história a evolução do pré-hospitalar, passando pelo trajeto do enfermeiro no mesmo contexto. Para finalizar, abordaremos a questão da documentação de cuidados no contexto pré-hospitalar. O objetivo é criar um fio condutor ao longo de todo o relatório, que dote o mesmo de coerência e que aborde os eixos estruturantes da temática em estudo.

## **1 – Enfermagem: Disciplina da Prática e do Conhecimento**

Quando falamos em Enfermagem e na sua História, somos remetidos para Florence Nightingale, que em meados do séc. XIX deu início a um caminho que a disciplina veio a percorrer na tentativa constante de descrever o que é a Enfermagem e o que fazem os enfermeiros. Este caminho foi evoluindo no sentido da diferenciação do foco e do objetivo da disciplina, mas, esta evolução talvez não tenha tido a continuidade e o objetivo inicialmente ambicionado. De certa forma, o domínio biomédico das práticas, disciplinarmente mais desenvolvido e mais poderoso, prevaleceu sobre o que tinha sido iniciado por Nightingale dirigido ao núcleo ou ao *core* da Enfermagem: a saúde, a higiene, o ambiente e o cuidado.

Ao longo do tempo, e no sentido de clarificar o que é a Enfermagem assim como o que a distingue das outras disciplinas no âmbito das ciências da saúde, foram emergindo diferentes teorias e modelos conceptuais. Estas teorias e modelos conceptuais representam e explicam as realidades e receberam influências dos interesses profissionais, dos contextos socioculturais e da base educacional e experimental dos teóricos nos diferentes momentos e tentam clarificar o domínio específico dos cuidados de enfermagem. Opõem-se, por isso, ao modelo biomédico, centrando a sua atenção no cuidar numa perspetiva holística (Fawcett *in* Simões, 2008).

Na perspetiva de Meleis (2012), as teorias de enfermagem permitem o desenvolvimento de conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos fenómenos de

interesse para a Enfermagem, as relações que se estabelecem entre eles e os contextos sob os quais ocorrem e se desenvolvem. Paralelamente, visam o desenvolvimento de conhecimento capaz de guiar as práticas dos cuidados. Na mesma linha de pensamento, Schaurich & Crossetti (2010), acreditam que o uso da teoria de enfermagem suporta os enfermeiros na definição dos seus papéis, melhorando a qualidade do desempenho profissional, bem como a produção de conhecimento e de uma linguagem própria.

Se por um lado a definição do domínio de conhecimento da Enfermagem é nuclear para a disciplina, enquanto ciência humana, não é possível descentramo-nos de que se trata de uma profissão e, por isso, está orientada para a prática de cuidados.

Desta forma, Meleis (2012), sugere a classificação das teorias tendo por base o papel que os enfermeiros desempenham na prática profissional e a escola de pensamento a que as teóricas que as elaboraram estavam ou estão ligadas. Desse modo, distingue quatro tipos de teorias: As orientadas para as necessidades dos clientes (centradas no que fazem os enfermeiros) – Esta escola de pensamento sofreu forte influência da teoria da motivação humana de Maslow em que a pessoa é entendida como um ser em crescimento e em mudança desde a concepção até à morte; as orientadas para o processo de interação enfermeiro-cliente – centradas no “como” dos cuidados de enfermagem e que surgem num contexto de valorização das necessidades relacionais e de intimidade da pessoa, atribuindo especial ênfase ao sistema psicológico; as orientadas para os resultados das ações de enfermagem – centradas no “porquê” dos cuidados de enfermagem em que o objetivo dos cuidados de enfermagem consiste em estabelecer a estabilidade, o equilíbrio, a homeostasia ou em preservar a energia; as orientadas para o cuidar em enfermagem – centradas no que fazem os enfermeiros e no “como” dos cuidados de enfermagem que se situam no contexto de abertura para o mundo (*idem*).

Todas estas teorias, independentemente da escola de pensamento subjacente, têm como perspetiva comum, “(...) os cuidados centrados na pessoa como participante ativo desses cuidados e uma relação de parceria entre quem recebe e quem presta os cuidados” (Collière, 1999).

Em suma, todos os modelos apontam para intervenções individualizadas do enfermeiro, com foco na pessoa que recebe cuidados e nas suas necessidades, em que o recetor de cuidados é visto numa perspetiva holística e participante ativo e em que as relações entre o recetor dos cuidados e o enfermeiro assumem primordial importância no contexto dos cuidados de enfermagem (Mendes, 1999).

Tomando como referência o conceito de Enfermagem proposto por Meleis (2012),

“O enfermeiro interage (interação) com o ser humano numa situação de saúde-doença (cliente de enfermagem), ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e que está a viver uma transição (transição). As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (saúde)” (p.97).

Assim, o conceito de cuidados de enfermagem, embora perspectivado de formas diferentes, organiza-se em torno dos quatro conceitos centrais: a pessoa que necessita de cuidados, o ambiente que a rodeia, as crenças de saúde/doença por que se rege e em que acredita e o cuidado de enfermagem que necessita (Kérouac [*et al*], 1994; Meleis, 2012).

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidade) (Collière, 2003; Hesbeen, 2000; OE, 2002). Nesta relação, os cuidados de enfermagem compreendem e respeitam “o outro” numa perspetiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor. A relação terapêutica é dinâmica e caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, empoderando-a na consecução do seu projeto de saúde e envolvendo as pessoas significativas (OE, 2002).

Neste sentido, ao longo de todo o ciclo vital, procura-se: prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a maximização da independência na realização das atividades da vida, a adaptação funcional aos défices através de processos de aprendizagem da pessoa/família (Collière, 1999; OE, 2002).

Dos vários autores que têm estudado esta questão, destacamos Basto & Portilheiro (2003), que na sequência de um estudo sobre a conceção dos cuidados de enfermagem, sugerem três tipos de cuidados de enfermagem com base na centralidade dos mesmos:

“Cuidados centrados nas tarefas pré-estabelecidas, quando os enfermeiros explicam os cuidados como seguimento a regras estabelecidas por outros (por exemplo, prescrições médicas). Consideram o trabalho terminado quando as tarefas estão cumpridas. (...) Cuidados centrados nas ações dos enfermeiros, quando os enfermeiros explicam os cuidados através daquilo que fazem. Sabem explicar o que é o processo de enfermagem e nomear autores de modelos teóricos de enfermagem, considerando este conhecimento necessário para efeitos de promoção, mas utópico. A sua referência é o modelo biomédico,

caracterizado por centrar a atenção numa parte do corpo (sobretudo o órgão doente) e não na pessoa como um todo, por considerar a morte em oposição à vida e não como parte da vida e valorizar a cura e o tratamento. É a situação mais frequente. (...) Cuidar centrado na pessoa, com base na relação enfermeiro-utilizador, quando os enfermeiros explicam os cuidados com base em resultados para a pessoa” (p.43).

Os mesmos autores defendem ainda, que estas diferentes concepções de cuidados de enfermagem existem simultaneamente na atualidade, no entanto, e de acordo com Silva (2006) “há bastantes provas de que o modelo biomédico é o modelo em que muitos enfermeiros assumem a sua prática” (p. 28). Os vários estudos existentes relatam frequentemente “como os enfermeiros continuam a considerar os doentes como seres físicos, em que os objetivos de enfermagem são dirigidos para a cura, e a obsessão dos enfermeiros em prestar cuidados físicos, numa atmosfera de rotinas e atividades estandardizadas” (Pearson [et al] in Silva, 2006, p. 28).

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no seu artigo n.º 5, refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por: “(...) terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade”, assim como “(...) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” (DL n.º 161/96, p. 2961).

O mesmo regulamento refere que os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

“(...) utilizarem metodologia científica (...) que inclui a identificação de problemas a recolha e análise dos dados, a formulação de diagnóstico, a elaboração e realização de planos de cuidados, a execução dos cuidados e posterior avaliação da eficácia das intervenções” e “englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação (...): substituir a competência funcional, ajudar a completar a competência funcional, orientar e supervisionar, encaminhar, orientando para os recursos adequados, avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados” (*idem*).

Assim, e à luz dos conceitos definidos no REPE, os cuidados de enfermagem, integrados num contexto multiprofissional, incluem dois tipos de intervenções dos enfermeiros (IE): intervenções interdependentes e intervenções autónomas (OE, 2002).

As IE interdependentes são:

“(...) as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com os outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de

planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (DL n.º 161/96, p. 2961).

As IE autónomas são:

“(…) as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (*idem*).

As IE são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as IE visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (OE, 2002, p. 11).

Neste capítulo conceptualizamos a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento orientada para a prática. Evoluímos, de seguida para o seu enquadramento, no que se reporta aos conceitos relacionados com a documentação dos cuidados de enfermagem.

## **2 – Documentação dos cuidados de enfermagem**

A problemática relacionada com a necessidade de colher dados de uma forma sistemática sobre os cuidados de enfermagem e sobre a saúde das populações, é uma questão de longa data. De facto, já Florence Nightingale referia ser necessária essa sistematização e colheita de dados, como forma de tornar visíveis as condições de saúde das populações, os cuidados de enfermagem prestados e os recursos necessários. Embora esses argumentos, proferidos por Nightingale no Século XIX se mantenham na atualidade, verificamos que o maior volume de cuidados prestados e a sua crescente complexidade originam a necessidade de documentar e comunicar uma maior quantidade de dados (Goossen, 2000).

Em paralelo a esta situação e à evolução da Enfermagem como ciência e profissão, torna-se evidente uma evolução nas formas e importância atribuídas à própria documentação. Documentar em Enfermagem, e de acordo com Figueirôa-Rego (2003), é a ação de colocar por escrito, dados interpretados, relacionados com a pessoa-indivíduo que necessita de cuidados de enfermagem, ou seja, a documentação de enfermagem gera informação não só para uso interprofissional, como para consumo de outros profissionais. Essa informação serve como base para a prestação de cuidados e

deverá conter não só os dados observados e interpretados (diagnóstico de enfermagem) mas, também as intervenções direcionadas à situação que requer cuidados e os resultados dessas intervenções.

Já em 1996, Ramalhão referia que os registos são uma forma de comunicação escrita, que quando corretamente realizados são uma ótima forma de individualizar os cuidados de enfermagem, e contribuem para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar.

Também Leal (2006) considera os registos como um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, independentemente do campo onde estes exerçam a sua atividade profissional e constituem uma valiosa fonte de informação que assegura diversas finalidades, sendo a mais evidente a continuidade dos cuidados de enfermagem, por ser referida por vários autores (Björvell, 2002; Doenges & Moorhouse, 2010; Figueirôa-Rego, 2003; Leal, 2006; Jefferies [et al], 2010; Sousa, 2006; Teixeira & Cardoso, 2003).

Para a OE (2005), os registos de enfermagem são:

“o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade de cuidados” (p. 20).

O Código Deontológico do Enfermeiro esclarece que a ausência de registo pode ser assumida como ausência da prestação de cuidados com as implicações que decorrem dessa possibilidade. Daqui se pode inferir que os registos de enfermagem têm validade legal na medida em que se assumem como prova de que os cuidados foram ou não prestados (Leal, 2006), daí que devam “transmitir com rigor tudo o que se passou e tudo o que é importante partilhar” (Hesbeen, 2000, p. 144).

Neste sentido, a documentação revela-se fundamental na transmissão de informação entre a equipa de saúde, evitando omissão ou duplicação de dados e facilitando a personalização de cuidados (diminui a necessidade de repetir questões junto do utente e família). O Código Deontológico do Enfermeiro no seu art.º 83, alínea d) refere que o enfermeiro assume o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Lei 111/2009, p. 6548).

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 Sousa (2006) a informação consiste num conjunto de dados, dispostos num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, possibilitando decidir face a um determinado contexto.

Mota (2010) enfatiza que a informação tem influência na tomada de decisão, tanto a nível clínico, organizacional ou de gestão. Sendo assim, existe uma enorme preocupação que a informação seja precisa e fiável, pois a continuidade dos cuidados depende fortemente da qualidade com que estes dados são partilhados.

A partilha de informação pode ser vista como a transmissão de informação entre profissionais da mesma área, no âmbito do mesmo serviço ou na articulação de diferentes serviços e instituições (Sousa, 2006). Segundo Hayrinen [et al] (2008), citado por Mota (2010) a continuidade dos cuidados depende fundamentalmente da quantidade e qualidade da informação produzida pelos enfermeiros que participam no cuidar ao cliente.

No entanto, ao abordamos questões como a transmissão ou a partilha de informação, é necessário ter em consideração conceitos básicos como “dado” e “informação” (Sousa, 2005). O dado não contém intrinsecamente um componente semântico, mas sim elementos sintáticos. Por esse motivo, há a necessidade de enquadrá-los num determinado contexto, para se poder retirar uma informação. Assim, torna-se importante que o contexto interpretativo seja o mesmo, de modo a permitir a compreensão da informação partilhada (*idem*).

Nesta linha de pensamento, subscrevemos as palavras de Silva (2006), quando refere que os profissionais de enfermagem sentem necessidade e obrigação legal de documentar os seus cuidados devido a cinco motivos principais: promover a continuidade, produzir documentação, possibilitar a avaliação, facilitar a investigação e otimizar a gestão dos cuidados. Assim, os profissionais de enfermagem foram, progressivamente, tomando consciência da relevância da informação, como um recurso indispensável para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Kron & Gray (1994) referem que os registos, para serem úteis, devem indicar o comportamento do cliente, os cuidados que foram prestados em resposta ao diagnóstico de enfermagem e a resposta do cliente a esses cuidados de enfermagem. Um registo insuficiente, por omissão de dados, pode ser considerado nulo e assim dar lugar à

responsabilização profissional e acrescenta que “os enfermeiros têm que ser capazes de dar provas escritas mostrando as razões das suas decisões relativamente às ações de enfermagem necessárias ao paciente e à resposta do paciente a esse entendimento” (*idem*).

Para os mesmos autores, os registos de enfermagem têm um papel fulcral para a investigação atendendo ao facto de favorecerem uma prática baseada na evidência e maior qualidade nos cuidados. A partir dos registos de enfermagem é possível obter inúmeros dados para investigação, no entanto a informação registada tem de ser recuperada, o que nem sempre é fácil se os registos forem elaborados nos moldes tradicionais, isto é, sem recurso a uma linguagem classificada. Para Heartfield (1996), a documentação “forma um registo permanente através do qual a enfermagem se dá a conhecer aos outros e aos próprios enfermeiros” (p. 98).

A função de monitorização e auditoria é enunciada por Rodeia (1993) quando refere que “devemos ter sempre presente que os registos servem para controlar e avaliar a assistência de enfermagem” (p. 94). Os registos assumem um valor cada vez maior nas organizações de saúde como meio de avaliar e assegurar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados. Importa, no entanto, referir, que de acordo com Leal (2006), os registos nem sempre refletem os cuidados realmente prestados.

A relevância da documentação para a visibilidade dos cuidados é também enunciada por alguns autores (Goossen, 2000; Leal, 2006) já que através dos registos é possível “prosseguir o desafio de dar visibilidade à profissão” (p. 29). Os mesmos autores referem que “os registos são uma ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade”. Também a OE (2004), defende uma alteração do paradigma da documentação, até então alicerçados na “necessidade de dar visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem” para a “necessidade de dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem” (p. 16).

Não obstante ao valor que é atribuído, de um modo geral, aos registos/documentação de enfermagem, da literatura consultada emerge um conjunto de fatores que podem influenciar negativamente a sua elaboração. Já em 2003, Björvell [*et al*], referiam a forma como o contexto e as organizações podiam influenciar a capacidade de documentar por parte dos enfermeiros.

Outros fatores influenciadores da documentação de enfermagem relacionam-se com a falta de tempo e a falta de conhecimentos para documentar os cuidados de enfermagem, assim como as relações com outros profissionais. Juntilla [*et al*], citados



por Leal (2006), concluíram que os registos não traduzem os cuidados prestados nem englobam todos os aspetos dos cuidados num estudo efetuado em contexto peri-operatório. Os mesmos autores sugerem o recurso aos registos informáticos para reduzir o tempo despendido na elaboração dos mesmos e para melhorar a sua qualidade e quantidade.

Para Sweeney (1998), a falta de tempo pode provocar nos enfermeiros a sensação de competição com o tempo que dispõem para prestar cuidados, já que os enfermeiros utilizam entre 30-40% do seu tempo em atividades de processamento de informação (Silva, 2006).

Em Portugal, os estudos desenvolvidos no âmbito dos registos/documentação de cuidados de enfermagem sugerem que o ato de documentar tem sido considerado pelos enfermeiros como árduo, pouco gratificante, menos nobre, e fora do trabalho assistencial (Figueiredo, 2007). Neste sentido, a inexistência de espaços favoráveis à reflexão e elaboração dos registos é mencionada como um fator dificultador do processamento de informação (Sweeney, 1998).

A problemática dos registos/documentação de enfermagem também pode ser abordada de acordo com o seu conteúdo. Para Teixeira & Cardoso (2003), os registos devem respeitar duas regras essenciais no que toca à seletividade e à sistematização. A seletividade de informação objetiva permite a descodificação inequívoca dos registos, permitindo assim evidenciar a informação relevante, distinguindo e eliminando dos registos, informação sem valor preditivo ou descritivo e apelando assim, às capacidades de juízo profissional e à utilização do pensamento crítico dos enfermeiros. A sistematização ordena a informação segundo os domínios de atuação do enfermeiro e evita a duplicação ou sobreposição da informação. Os mesmos autores referem que enquanto sistematizados, os registos podem ser agrupados nas duas dimensões da intervenção dos enfermeiros, ou seja na tomada de decisão dos enfermeiros: avaliação inicial, diagnósticos de enfermagem e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e na atuação em função das prescrições de outros profissionais: tratamentos, terapêutica e exames de diagnóstico.

Ainda relativamente ao conteúdo da documentação de enfermagem, Matsuda [et al] (2006), num estudo em contexto de cuidados intensivos concluíram que a documentação analisada não refletia os cuidados recebidos pelos doentes, assim como as respostas dos utentes a esses mesmos cuidados. Além disso, os cuidados documentados não forneciam os dados necessários capazes de subsidiar o processo

de cuidado ao utente de maneira global, individualizada e contínua nem a tomada de decisão do enfermeiro.

No que se refere aos registos/documentação dos cuidados de enfermagem em contexto pré-hospitalar, não encontramos bibliografia que suporte a documentação neste contexto, no entanto destacamos um estudo brasileiro (Lins [*et al*], 2013) cujo objetivo foi identificar a frequência de diagnósticos e intervenções de enfermagem, em pacientes adultos vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência através da análise das evoluções de atendimento de enfermagem. Na sequência do estudo, os autores foram capazes de formular 33 diagnósticos e 14 intervenções de enfermagem. De entre estes, destacaram-se os diagnósticos de enfermagem “ferida por arma de fogo atual” e “sistema cardiovascular e respiratório comprometido”. De entre as intervenções de enfermagem assumiram particular relevo: “implementar oxigenoterapia por máscara de oxigênio” e “restabelecer sistema cardiovascular e respiratório com manobras de ressuscitação”.

No mesmo estudo, os autores evidenciaram a clara possibilidade da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e do processo de enfermagem com as várias etapas incorporadas ao ABCDE<sup>1</sup> do trauma. Concluíram ainda que a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar pode contribuir para cuidados mais direcionados e sistematizados, além de favorecer a documentação de enfermagem.

De referir que em dois estudos (Azevedo, 2010; Silvestre, 2012), não direcionados ao contexto pré-hospitalar e que utilizaram a CIPE como modelo de análise, os investigadores concluíram que os enfermeiros focalizaram a atenção essencialmente na área da “função” o que poderá denotar uma sobrevalorização dos aspetos fisiológicos, o que está mais de acordo com o modelo biomédico. Já a dimensão da “pessoa” sobressaiu pouco nos registos de enfermagem.

---

<sup>1</sup> O atendimento inicial das vítimas de trauma obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons, sendo padronizado de acordo com as lesões de maior mortalidade: “A” – Via Aérea com Imobilização da Coluna Cervical; “B” – Ventilação e Oxigenação; “C” - Circulação (suporte cardiovascular), com controlo da Hemorragia “D” – Disfunção Neurológica; “E” – Exposição (avaliação do hábito externo), evitando a hipotermia.

### **3 – Emergência pré-hospitalar**

Tendo em conta a definição de emergência extra-hospitalar como sendo toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno (OE, 2018) iremos de seguida proceder a uma breve contextualização histórica da evolução da emergência pré-hospitalar até aos dias de hoje.

#### **3.1 – Evolução histórica da emergência pré-hospitalar**

Se quisermos fazer um pequeno percurso cronológico por alguns dos marcos históricos da intervenção pré-hospitalar, é inevitável começar pela atividade militar. São precisamente as Campanhas Napoleónicas, que evidenciam a relevância de ações precoces e céleres no tratamento de feridos de guerra imediatamente no campo de batalha. O Barão Dominique Larrey, é talvez a primeira grande referência histórica da moderna organização da assistência médica urgente. Cirurgião militar nestas campanhas, criou o conceito de ambulâncias volantes, que levavam cirurgiões e outro pessoal sanitário até ao campo de batalha, para resgatar e realizar cirurgia de controlo de danos aos estropiados de guerra (Giroud, 2006; Bandeira, 2008).

Neste seguimento, é interessante verificar que a primeira alusão à enfermagem pré-hospitalar, se confunde com a própria História da Enfermagem. Na Guerra da Crimeia inicialmente as “Filles de Charité” da Ordem de São Vicente de Paulo, foram integradas nos hospitais militares por um Regulamento dos Serviços de Saúde Francês de 1865, embora desde há muito acompanhassem as ambulâncias do Exército nos campos de batalha (Bandeira, 2008). É ainda na Guerra da Crimeia que a fiel depositária do epíteto da “maternidade” da enfermagem moderna Florence Nithingale, dá visibilidade a esta profissão, desembarcando na Turquia com mais 38 enfermeiras britânicas, perspetivando a intervenção em campos de batalha e hospitais de campanha (Collière, 1989; Bandeira, 2008).

Bandeira (2008) refere que a evolução da assistência pré-hospitalar, deve muito do seu desenvolvimento às lições aprendidas em cenários de guerra e de catástrofe, os seus princípios e regras florescem na América do Norte e na Europa posteriormente à intervenção nas duas Grandes Guerras Mundiais e no Vietname, onde se fomenta o uso do transporte aéreo medicalizado de feridos, a triagem e classificação das urgências, a

abordagem sistematizada e o controlo de complicações que colocam de imediato a vida em perigo.

A atividade pré-hospitalar na assistência da emergência, teve uma evolução rápida na segunda metade do século XX. Até aos anos 50, quase todas as urgências ou emergências eram atendidas ao domicílio. Posteriormente, desenvolveu-se a assistência hospitalar com especialistas, limitando-se a intervenção pré-hospitalar a “carregar o doente e correr” para o hospital (Rodríguez, Mendoza & Gil, 2003). Os mesmos autores referem que este conceito começa a mudar de novo, no final dos anos 60, ao considerar-se o benefício da atenção no local, a estabilização e posterior transferência assistida por pessoal clínico para o hospital adequado, ou seja o que é capaz de tratar a patologia que apresenta a pessoa. Esta transferência assistida, exige a avaliação, tratamento inicial de complicações que possam surgir, e a resolução se possível.

A criação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) Francês na década de 60, os seus princípios e experiência espreitam o desenvolvimento da emergência médica Europeia (Giroud, 2006). O imperativo da necessidade de assistência pré-hospitalar medicalizada à comunidade em Portugal, e a sua responsabilidade, foi sendo alvitado com frequência nas décadas de 70 e 80, até com alguns projetos que acabaram por não vingarem, como foi a tentativa de implementar em 1981 um SAMU no Hospital Geral de Santo António em protocolo com o Serviço Nacional de Ambulâncias criado na década de 70. O serviço de urgência desse hospital, dispunha-se a fornecer uma equipa médica e material sempre que se justificasse a intervenção em situações de acidente ou doença súbita na cidade do Porto (Bandeira, 2008).

Esta prática era, no entanto, comum em muitos hospitais de província, como por exemplo Faro, onde estava estabelecido taticamente, e mesmo em alguns planos de emergência de estruturas regionais como o do Aeroporto de Faro (1990), que patrulhas da Brigada de Trânsito da Guarda Nacional Republicana (GNR) se deslocavam ao hospital para transportar equipas médicas para o local de acidentes mais graves que ocorressem.

O início da prática da emergência médica pré-hospitalar, começa a ser referido oficialmente pela primeira vez em Portugal, por Silva (1984), explicando 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” (p. 4).

Este autor, foi o grande impulsionador da criação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) no nosso país, e o responsável pela criação do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). No artigo citado anteriormente, e a respeito destas estruturas e das urgências hospitalares, Silva refere que a sua responsabilidade passa pela formação em emergência médica dos intervenientes deste processo, para que possam no local do sinistro ou doença súbita, realizar uma correta triagem e conseguir que aos doentes urgentes seja garantido no menor tempo possível o tratamento mais apropriado à sua situação.

Orientados por estes princípios, em Portugal estabeleceu-se então um esquema de desenvolvimento de SIEM, sendo a atual forma de entender a assistência na urgência como a atenção integral. Este esquema pressupõe uma estrutura com um conjunto de recursos humanos, materiais e equipamentos, integrados e coordenados para assegurar uma resposta completa a qualquer emergência. Estão envolvidos os serviços de emergência médica, mas também os componentes não médicos que permitem o controlo de uma situação: bombeiros, agentes de segurança, técnicos de emergência, entre outros (Silva, 1984; Leiva, 2005; Giroud, 2006; Bandeira, 2008).

No que diz respeito à organização do SIEM, apraz referir que ele está organizado em várias estruturas, visando uma capacidade de resposta adequada, em tempo igualmente adequado, sendo um pressuposto essencial para o funcionamento da cadeia de sobrevivência (INEM, 2013). Estas 10 estruturas são: o INEM; o CODU (Centro de Orientação de Doentes Urgentes); o CODU MAR (Centro de Orientação de Doentes Urgentes-Mar); o CIAV (Centro de Informação Antivenenos); as ambulâncias; o TIP (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico); a VMER; os helicópteros; os motociclos e a UMIPE (Unidade Móvel de Intervenção Psicológica de Emergência).

As VMER, como se referiu anteriormente, fazem parte da estrutura do SIEM. Estas são, na verdade,

“(…) veículos de intervenção pré-hospitalar, concebidos para o transporte de uma equipa médica ao local onde se encontra o doente. Com equipas constituídas por um médico e um enfermeiro, dispõem de equipamento para Suporte Avançado de Vida (SAV) em situações do foro médico ou traumatológico” (INEM, 2013, p. 7).

As equipas que tripulam estes veículos desenvolvem a sua atuação em dependência direta dos CODU, tendo um apoio hospitalar, na medida em que se situam no hospital

e o seu principal objetivo passa pela estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico ao longo do transporte de vítimas de acidentes ou doença súbita em situações de emergência (INEM, 2013).

### **3.2 – O enfermeiro no contexto pré-hospitalar**

Nesta sociedade, em que o significado de urgência é definido como a necessidade de receber atenção médica imediata sem especificar se a mesma compromete ou não a vida do sujeito, é uma sensação sentida pelo utilizador ou pela sua família, com uma forte solicitação social nos últimos anos (Silva e Henriques, 1986; Rocha [et al], 2003; Leiva, 2005), fazendo com que a necessária intervenção dos profissionais de saúde realce a sua ação.

A sociedade de risco com que hoje convivemos, mais violenta, sujeita a acidentes naturais e tecnológicos perpetrados pela mão humana; o conhecimento científico que tem revelado o grande benefício da precocidade de intervenção na prestação de cuidados de saúde a múltiplas situações clínicas urgentes; a criticidade inerente ao envelhecimento populacional e às enfermidades crónicas associadas aos avanços científicos no seu tratamento; a perceção por parte dos cidadãos dos seus direitos aos melhores cuidados de saúde independentemente do local onde se encontram, exigiu o desenvolvimento do SIEM assente na intervenção de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) fora dos muros das instituições hospitalares, com francos ganhos em saúde (Silva, 1984; Leiva, 2005; Bandeira, 2008; Nutbeam, 2011; Schuppen e Bierens, 2011).

A cuidada e qualificada assistência pré-hospitalar por profissionais de saúde nos locais da ocorrência, tem permitido responder de forma mais eficaz às pessoas vítimas de: trauma por acidentes de viação e de trabalho; doença súbita como os eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, associados muitas vezes a elevadas prevalências de Paragens Cardiorrespiratórias (PCR), doenças crónicas que geram alta incidência de situações críticas; ocorrências pediátricas e obstétricas; crises do foro mental e psiquiátrico; catástrofes ou situações multivítimas, possibilitando reduzir a mortalidade, a morbidade e aliviar os sofrimentos que se associam a esses eventos na vida das pessoas e da comunidade. Esta intervenção qualificada, tem demonstrado vantagens em diversos países (OE, 2009).

A intervenção de profissionais de saúde fora do âmbito hospitalar é cada vez mais uma realidade no nosso país e no mundo. A atividade pré-hospitalar está enraizada na história das profissões de saúde, desde os primórdios, e desenvolveu-se cruzando ao

longo dos tempos cataclismos e catástrofes, como as guerras, as pestes, e as fomes, para chegar aos nossos dias preocupando-se verdadeiramente com a Urgência Individual e mais recentemente com a Urgência Coletiva Civil, uma vez que a Urgência Colectiva Militar foi buscar a sua organização e estrutura ao tempo das Campanhas Napoleónicas (Bandeira, 2008).

Embora a história nos diga que a atividade pré-hospitalar tem uma existência longa, como domínio de intervenção prática reconhecido no nosso país, a mesma história revela-nos que a atividade pré-hospitalar tem ainda um percurso curto. Tem sofrido muita contestação social externa e mesmo interna à profissão. Se analisarmos, a primeira referência e regulação da atividade pré-hospitalar por parte da Ordem dos Enfermeiros, esta data de Janeiro de 2007, com a publicação de um texto com Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar. O reconhecimento deste âmbito de atividade como área do exercício profissional dos enfermeiros, apenas foi conferido com a publicação da nova carreira de enfermagem pelo artigo 6º do DL. Nº 184 de 22 de Setembro de 2009.

Em Portugal, ainda não é requerida especialização médica ou de enfermagem para a prestação de cuidados no pré-hospitalar. No entanto, a complexidade das situações clínicas deste contexto pelo confronto frequente com o doente em estado crítico, requerem, naturalmente, um desempenho técnico altamente qualificado no atendimento ao contexto de urgência, para além de outras capacidades, como sejam, disponibilidade, calma, disciplina, destreza e resistência física (Bandeira, 2008).

O documento relativo às atribuições dos enfermeiros no pré-hospitalar, refere que “só o enfermeiro pode prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, em situação de acidente e/ou doença súbita, da qual poderá resultar a falência de um ou mais funções vitais, pelo que deve integrar obrigatoriamente a equipa de socorro pré-hospitalar” (OE, 2007, p.1). O mesmo texto, refere que na atuação, o enfermeiro deve respeitar o seu enquadramento legal na estabilização de funções vitais, garantia de acompanhamento e vigilância das mesmas funções no transporte até à unidade hospitalar, na transmissão de informação na unidade hospitalar de referência, bem como na garantia da informação e acompanhamento da família por forma a minorar o seu sofrimento.

Já num passado mais recente, a OE (2018) emite o regulamento da competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar que define o enfermeiro de emergência extra-hospitalar como o:

“(...) enfermeiro detentor de um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, nos domínios da disciplina, da profissão e da emergência extra-hospitalar, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área que, num contexto de atuação multiprofissional, é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem, à pessoa, grupo ou comunidade, no momento e no local em que se encontram a experienciar uma situação de urgência, emergência, crise ou catástrofe, até ao momento da sua transição para a unidade de saúde destinatária, de forma a promover e garantir um atendimento integral e oportuno de qualidade; assegurando uma prática profissional baseada na evidência e na investigação; e desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a Deontologia Profissional” (Regulamento n.º 226/2018, p. 10759).

Para desempenhar funções nesta viatura é necessário, antes de mais, possuir a Licenciatura em Medicina ou de Enfermagem. A formação específica destas equipas tem sofrido uma evolução ao longo dos tempos, pelo que a mais recente reformulação decorreu no ano de 2006. Os Cursos de VMER mantêm as mesmas designações, Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Médicos e Curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação – Enfermeiros, passando ambos a ter conteúdos programáticos semelhantes, assim como a mesma carga horária, 112 horas. (Mateus, 2007). Este programa poderá ainda ser complementado com o curso de condução defensiva de VMER (42 horas de duração), no caso dos enfermeiros que vão tripular as viaturas médicas.

O trabalho de assistência pré-hospitalar a doentes em situações de emergência requer a mobilização de competências nos vários domínios do saber (conhecimentos) e do saber fazer (técnicas), complementando com o saber ser enfermeiro na sua plenitude, um profissional de relação que privilegia o respeito e a dignidade da pessoa que cuida. Martins (2009) define competência como sendo a capacidade para realizar algo, implicando mobilização, integração e aplicação de conhecimentos a uma situação concreta, atuando com responsabilidade.

Sá-Chaves (2007) reforça ainda que o conceito de competência vai muito para além do desempenho técnico, englobando a forma como cada indivíduo processa e tem em conta, para as suas tomadas de decisão, as variáveis provindas quer dos referenciais teóricos que detém, quer das variáveis situacionais dos problemas da prática para os quais procura soluções. O trabalho do enfermeiro, de forma geral, exige que cada profissional conduza as suas ações e tome as suas decisões fundamentando-se em evidências científicas, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, tendo sempre em conta a eficácia previsível da intervenção.



Os cuidados de enfermagem assentes em protocolos terapêuticos e de intervenção são amplamente utilizados a diferentes níveis da prestação de cuidados de saúde, e no pré-hospitalar esta é também uma realidade. Diferentes algoritmos respondem a diferentes quadros clínicos. Os enfermeiros conduzem as suas intervenções e tomam as suas decisões de acordo com a melhor evidência científica, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, e tendo em consideração a eficácia previsível da sua atuação (Oliveira 2013). Os protocolos são construídos e fundamentados tendo em consideração a componente patológica de uma vítima, contudo, não respondem às necessidades humanas básicas que resultam do quadro patológico.

Na perspetiva de Naszladý (1998) o protocolo tem a função de apoiar as decisões para otimizar a sequência de etapas na prática clínica. Na opinião do mesmo autor, para compartilhar e disseminar diretrizes de conhecimento, os protocolos podem ser considerados ferramentas adequadas e eficazes. A partilha do conhecimento médico visando a boa prática clínica pode ser realizada por meio da especificação de cuidados que se mostraram eficazes na prática combinados com o conhecimento. No entanto, a perda vertical de informações ao longo deste caminho pode ser notável. Os protocolos são essencialmente modelos conceituais de diagnósticos médicos e / ou intervenções terapêuticas podendo ser tão complexo quanto o problema do paciente, uma vez que um protocolo é o resultado de uma abstração geral de práticas clínicas ótimas - que não é igual à melhor, porque esta nem sempre está disponível, portanto, no atendimento de um paciente real, ele deve ser individualizado.

Na perspetiva de Mota [et al] (2019), a inclusão de uma vítima, com um determinado quadro clínico, num ou em vários desses protocolos terapêuticos, revela-se redutora e insuficiente para as reais necessidades do ser humano, e, por conseguinte, muitas das respostas necessárias são negligenciadas por deficiência da abordagem adotada. Se por um lado os protocolos de intervenção são fundamentais, por outro, a definição de um planeamento de cuidados à luz da singularidade de cada indivíduo pode e deve ser assegurada.

De acordo com o modelo de organização estrutural e funcional da carreira especial de enfermagem no INEM, os enfermeiros são responsáveis por dois níveis de intervenção: o da gestão e o da prestação de cuidados (Magalhães, 2014) no entanto, na perspetiva de Mota [et al], (2019) a gestão dos cuidados de enfermagem não pode ficar enclausurada em protocolos, deve ser capaz de se reconstruir num novo modelo que contemple também a avaliação das necessidades da pessoa num contexto muito peculiar, já que, se por um lado a rigidez dos protocolos constitui uma mais-valia na

decisão terapêutica é, por outro lado, frágil quando resume o ser humano a uma doença ou a um traumatismo.

### **3.3 – Instrumentos de documentação no contexto pré-hospitalar**

Tratando-se a VMER de um veículo de intervenção pré-hospitalar, destinado ao transporte rápido de uma equipa constituída por um Médico e Enfermeiro diretamente ao local onde se encontra o doente e atuando na dependência direta dos CODU, as VMER têm base hospitalar, funcionando como uma extensão do Serviço de Urgência à comunidade e que utiliza há várias décadas, Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como forma de registo. Esta utilização tem, duas grandes vertentes: a vertente operacional e a vertente de apoio à atividade operacional, onde se inclui toda a atividade de gestão e o funcionamento quotidiano do INEM (INEM, 2019b).

De acordo com o plano estratégico 2017/2019 do INEM, já em 2017 este instituto dá especial ênfase a uma maior dinâmica na gestão da informação, na exploração das ferramentas de comunicação, na implementação de soluções da designada *Internet of Things* e na conseqüente evolução tecnológica. Para além disso, a mesma entidade refere a necessidade de desenvolver uma estratégia para as TIC alinhada com mecanismos de redução de custos, utilizando as TIC como fator potenciador da mudança e da modernização administrativa, bem como da implementação de soluções TIC comuns.

No mesmo plano estratégico, o INEM realça que “O Planeamento de Sistemas de Informação traduz-se na atividade de construção de um plano em que sejam contemplados os diversos objetos organizacionais e do sistema de Informação de forma a possibilitar uma correta representação da visão global do sistema, incluindo os elementos necessários para a sua operacionalização, na procura simultânea da satisfação dos utilizadores e de um correto suporte e tratamento das influências entre a Organização e o seu Sistema de Informação” (INEM, 2017).

Assim, e no âmbito operacional, os profissionais de emergência médica dispõem de um conjunto de ferramentas eletrónicas no suporte à prestação de cuidados de saúde pré-hospitalar. As redes de telecomunicações e os sistemas de informação do INEM são soluções de software específicas, desenvolvidas à medida e com os atributos de fiabilidade, disponibilidade, eficiência, confiança, segurança e facilidade de manutenção. Estes serviços de telecomunicações de suporte às comunicações de dados, permitem a interligação entre os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) sedeados nos edifícios das Delegações Regionais do Norte (Porto) do Centro

(Coimbra) e do Sul (Lisboa) do INEM. Esta rede suporta, ainda, todo o tráfego de dados e voz entre os CODU e as demais instalações do INEM (INEM, 2017).

Inicialmente colocado à disposição das VMER, o iCARE (Integrated Clinical Ambulance REcord), funcionou como sistema de registo clínico eletrónico implementado nos meios de socorro para melhorar a articulação entre os meios no terreno, o atendimento efetuado nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e as unidades de saúde, melhorando os tempos de chegada dos meios ao local da ocorrência e a integração da informação. Este sistema permitiu, segundo o INEM, menor dispêndio de tempo e menor ocorrência de erros/perdas de informação, assim como melhorar a rapidez na articulação com Unidades de Saúde e a monitorização da atividade, possibilitando a sua melhoria contínua.

Só em 2019 surge o ITEAMS (Inem Tool for Emergency Alert Medical System) como projeto piloto, e que contou com a participação da VMER de Cascais que testou o software no terreno, contribuindo para a adequação e otimização do mesmo, sendo implementado definitivamente, à posterior, em todas as VMER (INEM, 2019b). O ITEAMS é uma ferramenta informática desenvolvida pelo INEM e que segundo este instituto, pretende ser muito mais que um simples registo clínico ou a mera otimização das ferramentas já existentes. Funciona como uma ferramenta de suporte interativo entre o CODU e os meios que estão no terreno, estratificando a gravidade clínica das ocorrências e assim contribuindo para uma regulação médica efetiva nas situações de maior gravidade (*idem*).

O objetivo do INEM é que o ITEAMS seja utilizado transversalmente no terreno, pelo INEM e pelos seus parceiros no sistema integrado de emergência médica, contribuindo para a possibilidade do pré-hospitalar possuir registos estatísticos transversais e assim evoluir na aplicabilidade de protocolos. Através do ITEAMS, o INEM pretende aproximar a regulação médica dos CODU dos meios no terreno, com recurso a ferramentas que otimizam a gestão e controlo das inúmeras ocorrências a que o Instituto e os seus parceiros no SIEM dão resposta diariamente.

Paralelamente a esta ferramenta informática o INEM colocou em circulação, em Agosto de 2020, o novo Verbete Nacional de Socorro, substituindo os verbetes utilizados até então por Corpos de Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Ambulâncias INEM, Motociclos de Emergência Médica, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, Helicópteros de Emergência Médica e Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória, uniformizando todos os registos.

De acordo com o INEM (2020), o novo Verbete Nacional de Socorro é transversal a todo o SIEM e permite harmonizar procedimentos e melhorar a comunicação da informação registada através da adoção de um modelo idêntico para todos os intervenientes no SIEM. O novo Verbete Nacional de Socorro permitiu a reestruturação dos conteúdos de acordo com as novas metodologias de abordagem, a nova plataforma informática iTeams e os protocolos INEM. Este novo registo é a redundância em papel do software ITEAMS, perspetivando já que a informatização possa vir a ser uma realidade nacional e transversal a todo o SIEM.

A natureza, transversal a todos os intervenientes no SIEM permite a integração dos vários níveis de resposta, pelo que o seu preenchimento deverá estar de acordo com a natureza das competências do operacional que o preenche. Importa referir que o novo verbete Nacional de Socorro, o INEM faz referência ao modelo ISBAR na transição de informação na transmissão de cuidados que vai de encontro à norma 001/2017 da Direção-Geral da Saúde (DGS), que na área da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, emite o seguinte:

“A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos e a transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados” (DGS, 2017).

A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, sendo:

I: Identificação – Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;

S: Situação atual – Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;

B: Antecedentes – Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;

A: Avaliação – Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas;

R: Recomendações – Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente (DGS, 2017).

Concluído o enquadramento teórico, no capítulo seguinte vamos descrever o percurso metodológico que norteou o desenvolvimento deste estudo.



## **CAPÍTULO II**

### **PERCURSO METODOLÓGICO**

A metodologia consiste no traçar de um caminho para chegar a um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que visam economizar recursos humanos e materiais, e simultaneamente fornecer uma orientação para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido (Pinto, 2009). O método, por sua vez,

“trata do conjunto de processos pelos quais se torna possível conhecer uma determinada realidade, produzir determinado objeto ou desenvolver certos procedimentos ou comportamentos que nos leva a identificar a forma pela qual alcançamos determinado fim ou objetivo” (*idem*).

Assim, neste capítulo apresentamos o caminho percorrido e as decisões tomadas, com o intuito de descrever de forma sucinta e clara as linhas orientadoras que nortearam o desenvolvimento do estudo, justificando as decisões metodológicas no que respeita ao tipo de estudo, ao contexto onde será realizado, à população alvo, aos instrumentos de recolha de dados e à previsão de tratamento desses mesmos dados. É ainda neste capítulo que fazemos referência aos paradigmas desta investigação, ou seja, à perspetiva ou orientação filosófica subjacente ao seu processo de desenvolvimento.

## **1 – Da problemática aos objetivos do estudo**

Nos serviços de emergência pré-hospitalar, mais especificamente na VMER, considerando que o campo de intervenção autónoma do enfermeiro é tão vasto, constata-se, atualmente, a inexistência de documentação dos cuidados de enfermagem. Este conflito entre a necessidade de documentação de cuidados de enfermagem e a inexistência de instrumentos próprios para o efeito acabou por ser o *trigger* para a problemática relativa à documentação dos cuidados de enfermagem no contexto de pré-hospitalar – VMER.

Para além dos aspetos referidos, e porque o problema postulado se situa na área da documentação dos cuidados de enfermagem em contexto de emergência pré-hospitalar - VMER, consideramos haver outras questões que contribuem para a pertinência deste estudo, nomeadamente a perceção acerca da inexistência de instrumentos próprios, da



escassez de informação documentada que pode dar visibilidade à intervenção do enfermeiro, o registo da informação resultante de intervenções interdependentes e de rotina em detrimento da resultante de intervenções autónomas. Por fim, e não menos importante, a escassez de literatura e estudos relacionados com a documentação de cuidados de enfermagem em contexto de pré-hospitalar. Desta forma, para suportar este último, foi efetuada uma revisão da literatura no sentido de conhecer o estado da arte no que concerne a esta temática.

Entendemos que a par dos imperativos que decorrem da importância da documentação dos cuidados de enfermagem para as decisões clínicas, para a continuidade e qualidade dos cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007), as respostas às questões supracitadas poderão fornecer contributos importantes para a melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem, contribuindo para, entre outros, tornar visível o papel imprescindível do enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar que cuida da pessoa em situação crítica no contexto da VMER. Assim sendo, assumindo o objetivo geral como a principal intenção do estudo, importa referir que para este estudo se definiu: **compreender a perceção dos enfermeiros relativamente à documentação de cuidados de enfermagem no contexto de pré-hospitalar – VMER.**

Por sua vez, os objetivos específicos, aqueles que permitiram alcançar este objetivo geral de forma gradual, são cinco, nomeadamente:

- Descrever os cuidados de enfermagem que são prestados à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER;
- Descrever a informação documentada no contexto de pré-hospitalar – VMER;
- Identificar as dificuldades dos enfermeiros da VMER na documentação de cuidados de enfermagem em contexto pré-hospitalar;
- Identificar as vantagens da documentação dos cuidados de enfermagem no contexto de pré-hospitalar – VMER;
- Identificar sugestões que otimizem o processo de documentação de cuidados de enfermagem no contexto de pré-hospitalar – VMER.

## **2 – Tipo de estudo**

Para que o percurso, desde as interrogações iniciais de um estudo, se processe de forma satisfatória e credível na busca de respostas e de novos conhecimentos, deve seguir-se um conjunto de passos completamente definidos (Fortin, 1999). A mesma autora acrescenta que os métodos de investigação científica utilizada pelos investigadores devem estar de acordo com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as suas preocupações e objetivos de investigação. De acordo com este pressuposto, para se realizar uma investigação, pode-se recorrer aos métodos de investigação quantitativa e/ou qualitativa, na construção e desenvolvimento do conhecimento científico.

Face à natureza deste estudo, optamos pela abordagem qualitativa. A perspetiva qualitativa nasce dos movimentos que criticam o mecanicismo e o reducionismo da visão quantitativa ou positivista. Assim, a investigação qualitativa descreve os fenómenos através de palavras, em vez de ser por números ou medidas (Coutinho, 2014). O objeto de estudo numa investigação qualitativa, a nível concetual são as intenções e situações, ou seja, desvendar significados nas ações individuais e nas interações sociais a partir da interpretação dos participantes (Fortin, 2009).

No método de investigação qualitativa, o investigador está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Este tipo de abordagem tem por finalidade descrever ou interpretar, mais do que avaliar (Fortin, 1999, p. 22). De acordo com a mesma autora, a investigação qualitativa apoia-se no paradigma naturalista ou interpretativo, que está intimamente associado a uma visão holística dos seres humanos. É um tipo de investigação que tende a transparecer o significado ou a perspetiva de interpretação que determinado fenómeno reveste para os indivíduos.

A nível metodológico a investigação qualitativa assenta no método indutivo, “porque o investigador pretende desvendar a intenção, o propósito da ação, estudando-a na sua própria posição significativa, isto é o significado tem um valor enquanto inserido nesse contexto” (Coutinho, 2014, p. 28).

A teoria é construída tendo como alicerces os factos e a análise dos dados, fundamentando-se na observação dos sujeitos, na sua interpretação e não nas conceções prévias do investigador que estatisticamente as comprova e generaliza (Coutinho, 2014). Assente nestes pressupostos e atendendo às características do nosso estudo, decidimos centrar a nossa abordagem no paradigma de cariz qualitativo.

No que concerne especificamente aos tipos de investigação e níveis de conhecimento, Fortin (1999) refere a existência de duas categorias principais: exploratório-descritiva e a explicativa-preditiva, entre as quais se poderão situar vários tipos de estudo, cuja seleção é determinada pelo nível de conhecimentos num determinado domínio.

Os estudos exploratórios têm como objetivo “examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado antes” e “servem para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos ...” (Sampieri [et al], 2006, p. 99). De acordo com os mesmos autores, os estudos descritivos procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que se submeta à análise. Num estudo descritivo seleciona-se uma série de questões e mede-se ou recolhe-se informação sobre cada uma delas, para assim descrever o que se pesquisa.

Nesta linha de pensamento, e tendo por base as características da problemática, o estudo a que nos propusemos enquadra-se num paradigma qualitativo do tipo exploratório-descritivo, uma vez que o nosso objetivo foi a exploração e a descrição de um fenómeno (a documentação dos cuidados de enfermagem) e determinar como é que ele se manifesta. Portanto, trata-se de um estudo que assenta num modelo não experimental e transversal, uma vez que os dados serão recolhidos num único momento, obtendo um recorte momentâneo do fenómeno a investigar.

### **3 – Contexto do estudo**

Neste ponto abordaremos a caracterização do contexto e dos participantes do estudo.

#### **3.1- O contexto**

Atendendo à problemática e aos objetivos do estudo, optamos por uma VMER com base num hospital da região norte do país, que para além de dar resposta aos objetivos do estudo, é também o local onde exercemos a nossa atividade profissional, o que consideramos uma mais-valia, quer pelo conhecimento prévio do contexto, quer pela facilidade de acesso ao meio, o que facilitou o desenvolvimento do estudo.

As VMER são disponibilizadas ao abrigo de protocolos entre o INEM e os hospitais, cabendo a estes últimos assegurar os recursos humanos necessários para o funcionamento da viatura. Os hospitais asseguram a contratação dos médicos e

enfermeiros para prestar serviço na VMER, mantendo-a operacional 24 horas por dia, dando resposta à população que é abrangida pelo hospital onde tem sede, podendo eventualmente sair do raio de ação por motivos excepcionais. Da equipa fazem parte 18 enfermeiros que, além de exercerem funções na VMER, exercem funções nos vários serviços do hospital onde está sediada a VMER, sendo que 15 destes exercem funções no serviço de urgência.

Quanto à operacionalidade, por turno é escalado um médico e um enfermeiro, obedecendo a um plano mensal predefinido pelo coordenador médico e coordenador enfermeiro respetivamente. A equipa é responsável pelas questões logísticas que envolvem a *check-list* diária/mensal do material de consumo, dos equipamentos e da própria viatura. O método principal de prestação de cuidados é em equipa cabendo ao enfermeiro a função acrescida de condução da viatura para o qual está habilitado com curso de condução defensiva ministrado pelo INEM.

A cada ocorrência ou ativação, sempre informada pelo CODU, a equipa desloca-se ao local previamente comunicado, presta os cuidados em conformidade com a situação encontrada e regista a informação num dos dois instrumentos utilizados para o efeito: na ficha de observação médica (Anexo 2), entretanto substituída pelo verbete nacional de socorro (Anexo 3) ou (preferencialmente) na ferramenta informática ITEAMS (Anexo 4).

O ITEAMS, enquanto instrumento de registo, contempla 9 separadores identificados com: evento, vítima, avaliação, CHAMU, exame vítima, procedimentos ECD, diagnóstico e terapêutica, transporte e CODU.

O separador evento refere-se à informação relativa à localização da ocorrência. Já o separador vítima contém campos para informação relativa aos dados biográficos da vítima. Na divisória avaliação inserem-se os dados relacionados com a monitorização de sinais vitais, capnometria, características da pele, características das pupilas e escala de coma de Glasgow. O CHAMU representa a mnemónica que se relaciona respetivamente com as circunstâncias, a história de doenças, as alergias, a medicação habitual e a hora da última refeição. O separador relacionado com o exame da vítima compreende o exame objetivo da vítima. Já o separador procedimentos compreende 45 procedimentos pré-definidos, o eletrocardiograma e os dados gasométricos. No separador diagnóstico e terapêutica é possível o registo das hipóteses diagnósticas, a terapêutica administrada, os protocolos implementados e um campo para a avaliação de enfermagem. Na divisão dominada de transporte podem ser introduzidos dados relacionados com o tipo de transporte (primário ou secundário), o hospital de destino e

a necessidade de acompanhamento. Por fim, o separador CODU corresponde às indicações recebidas pelo CODU.

A ficha de observação médica integra campos para registo de informação relacionada com a identificação da vítima e tipo de ocorrência, informação relativa à avaliação da vítima e à atuação da equipa.

O novo verbete nacional de socorro é a redundância em papel do software ITEAMS, e possui na sua constituição campos para documentação de informação relativa à ocorrência, identificação da vítima, avaliação da vítima, historial clínico, exame da vítima, procedimentos e terapêutica.

No entanto, à data da colheita dos dados, e como o documento de registo em suporte de papel se apresentava no processo de transição a ficha de observação médica e o ITEAMS correspondiam aos instrumentos de registo a uso na VMER. Estes documentos depois de preenchidos são posteriormente arquivados em duplicado, no caso da ficha de observação médica, e é feito o registo em base de dados própria da VMER preenchendo uma ficha de observação médica informatizada.

### **3.2 – Os participantes**

De acordo com Fortin (1999, p. 202) população é “uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. População é, assim, designada como o universo de estudo. Neste sentido, qualquer estudo de investigação impõe a seleção e limitação do seu campo, de forma a identificar o que vai ser observado. Fortin (1999) define ainda população alvo e população acessível. Assim, “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. A população acessível “deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador” (p. 202). Atendendo às características e objetivos do nosso estudo, a nossa população alvo abrange todos os enfermeiros que integram as equipas de urgência de um Hospital da região norte de Portugal e que exercem funções na VMER sediada no mesmo hospital.

A amostra representa uma “(...) réplica em miniatura da população alvo” (Fortin, 1999, p.202). Ou seja, corresponde a um grupo de sujeitos que pertencem à população alvo. Este estudo é composto por uma amostra não probabilística intencional. Na amostragem não probabilística cada elemento da população não dispõe da mesma possibilidade de ser escolhido (Fortin, 2009), ou seja, não existe igualdade estatística de pertencer à amostra. Na amostra intencional também designada por amostragem por seleção

racional, de acordo com a mesma autora, o investigador escolhe incluir determinados sujeitos em função de características típicas.

Assim, para este estudo definimos os seguintes critérios de inclusão: (1) exercer funções no Serviço de Urgência; (2) experiência profissional na VMER igual ou superior a dois anos e (3) aceitar participar no estudo. Face a estes critérios, participaram no estudo oito enfermeiros.

### 3.2.1 – Caracterização dos participantes

Para a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes recolhemos os dados relativamente à idade, sexo, formação académica, tempo de serviço e tempo de serviço no SU, que se encontram expressos no quadro seguinte (quadro1):

**Quadro 1 – Caracterização dos participantes**

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>		<b>NÚMERO DE ENFERMEIROS</b>
<b>Idade (em anos)</b>	≥ 31 e ≤ 40 anos	<b>2</b>
	≥ 41 e ≤ 50 anos	<b>6</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	<b>4</b>
	Feminino	<b>4</b>
<b>Formação académica</b>	Licenciatura	<b>4</b>
	Especialidade	<b>2</b>
	Mestrado	<b>2</b>
<b>Tempo de exercício profissional</b>	≥ 3 e ≤ 10 anos	<b>1</b>
	≥ 11 e ≤ 20 anos	<b>5</b>
	≥ 21 anos	<b>2</b>
<b>Tempo de exercício profissional na VMER</b>	≤ 2 anos	<b>1</b>
	≥ 3 e ≤ 10 anos	<b>2</b>
	≥ 11 e ≤ 20 anos	<b>5</b>

Em relação à idade, dois dos enfermeiros têm idades entre os trinta e um e os quarenta anos, os restantes seis enfermeiros situam-se na faixa etária dos quarenta e um e cinquenta anos. Quatro dos enfermeiros pertencem ao género feminino e quatro ao género masculino.

No que concerne à formação académica, quatro enfermeiros são licenciados em enfermagem, quatro enfermeiros são especialistas, um em enfermagem de reabilitação e os restantes em enfermagem médico-cirúrgica.

No que reporta ao tempo de exercício profissional, a maioria (cinco enfermeiros) têm entre onze e vinte anos de experiência profissional. Apenas um dos enfermeiros exerce

a sua atividade profissional entre três e dez anos e os restantes dois apresentam o tempo de exercício profissional superior a vinte e um anos.

Relativamente ao tempo de exercício profissional na VMER, a maioria dos enfermeiros (cinco enfermeiros) exerce a sua atividade profissional na VMER há mais de onze anos e há menos de vinte anos. Dois enfermeiros exercem funções na VMER entre três e dez anos e apenas um enfermeiro exerce funções na VMER exatamente há dois anos.

#### **4 – Procedimento de recolha de dados**

A colheita sistemática de informações junto dos participantes através do uso de instrumentos de medida escolhidos corresponde à colheita de dados (Fortin, 2009). Neste sentido, em função do tipo e finalidade do estudo, é da responsabilidade do investigador determinar o tipo de instrumento de medida mais favorável ao estudo, dado que os dados podem ser colhidos de variadas formas junto dos sujeitos.

Para elaboração de um trabalho de investigação, é necessário recorrer a métodos que facilitem a colheita de informação para posterior registo e análise de dados. A colheita de dados é um processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação (Fortin, 1999).

Dada a natureza deste estudo, o instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista, nomeadamente, a entrevista semiestruturada. A opção pela entrevista deve-se ao facto desta representar um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o entrevistador e os participantes e representar um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias (Lessard-Hébert [et al.], 1990).

A entrevista enquanto técnica de recolha de dados é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram assim como das suas explicações ou razões a respeito das situações precedentes.

Segundo Fortin (1999), e no que concerne ao modelo de estrutura das perguntas, a entrevista pode ser: estruturada (quando as perguntas são seguidas pela mesma ordem, com as mesmas palavras e o entrevistador exerce um certo controlo sobre o conteúdo da entrevista), semiestruturada (quando o entrevistador pretende obter mais informação

que a obtida com as questões pré-determinadas) e não estruturada (quando o entrevistador pretende que os entrevistados falem espontaneamente sobre o assunto).

Face aos três tipos de entrevista, considerou-se que a mais adequada seria a entrevista semiestruturada, já que o objetivo era ter pontos de referência comuns a todos os indivíduos entrevistados e simultaneamente, não limitar as respostas. A opção por este instrumento consubstancia-se ainda na possibilidade de interação entrevistador e entrevistado, através da qual possam surgir novas questões e novos dados não considerados previamente, assim como em não limitar as respostas, permitindo um clima de liberdade e à vontade, para que os enfermeiros expressem livremente os seus pontos de vista, ideias, sentimentos e interesses. Para Fortin (1999), este tipo de entrevista proporciona proteção de ambiguidade de certas perguntas na medida em que o entrevistador pode clarificar as perguntas não compreendidas e dá a possibilidade de o entrevistador incluir dados adicionais.

Com a intenção de organizar o tempo e estruturar a sequência das questões a colocar aos enfermeiros, elaborámos um guião orientador com base nos objetivos do estudo.

No guião da entrevista (apêndice 1), as primeiras questões referem-se a aspetos sociodemográficos e profissionais. Nas restantes questões, procuramos obter informação relativa à perceção dos enfermeiros face à documentação de cuidados em contexto pré-hospitalar e aos constrangimentos inerentes a esse processo.

Este guião foi submetido a pré-teste junto de dois enfermeiros excluídos do estudo, com o intuito de avaliar a pertinência e adequabilidade das questões, e por outro lado, a possibilidade do investigador treinar a condução da entrevista. Da análise destas entrevistas, não surgiu a necessidade de alterar o guião.

As entrevistas foram realizadas, após autorização do Conselho de Administração, da Comissão de Ética e da Comissão de Proteção de Dados (anexo 1), entre os meses de Março de 2020 e Abril de 2021 e tiveram a duração de trinta a quarenta e cinco minutos, foram gravadas em registo áudio e a sua transcrição efetuada, sempre que possível, no próprio dia da sua realização.

## **5 – Procedimentos de análise de dados**

Terminada a colheita de dados, estes foram transcritos na íntegra. A transcrição integral dos dados foi assumida como o corpo principal para a pesquisa a realizar.



Analisamos a informação recolhida de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Esta autora considera esta metodologia como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Na perspetiva de Bardin, o investigador “tira partido do tratamento das mensagens com o objetivo de inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio” (Bardin, 2011, p. 44). Esta metodologia de análise de conteúdo caracteriza-se por quatro etapas fundamentais, utilizadas de forma sequencial, e que se tornaram guias do processo de análise dos dados obtidos: (1) organização da análise, (2) exploração do material ou codificação, (3) categorização e (4) inferência (Bardin, 2011).

Descrevendo, de seguida, cada uma das etapas, a primeira fase corresponde à fase de organização da análise, que se divide em três eixos, inicia-se com a pré-análise que corresponde à organização propriamente dita, seguindo-se a exploração do material com aplicação sistemática de operações de codificação, decomposição ou enumeração e por último ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos.

Na segunda fase, a fase da codificação ou exploração do material, os dados em bruto são modificados e adjuntos em unidades e categorias, permitindo uma representação do conteúdo ou da expressão do mesmo, possibilitando uma descrição exata das características desse conteúdo.

A categorização, que corresponde à terceira fase, é considerada a fase mais problemática, no entanto também a mais criativa, corresponde a uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2011, p. 145).

Por fim, a quarta fase. Esta fase corresponde à inferência ou dedução, de uma forma lógica, de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio. Através desta inferência pretende-se, de uma forma explícita e controlada, passar da fase da descrição (caraterísticas do texto resumidas após tratamento) à interpretação (significado atribuído a estas caraterísticas).

Orientados por esta linha de pensamento, decidimos então codificar o material recolhido, tomando por base os objetivos definidos previamente para este estudo e respeitando os seis princípios de qualidade definidos por Bardin (2011) para o correto agrupamento de dados semelhantes em áreas temáticas, categorias, subcategorias e sub-subcategorias. São eles: (1) exclusão mútua segundo a qual cada elemento não

pode constar em mais de uma categoria; (2) homogeneidade que implica sempre o uso do mesmo critério de classificação; (3) pertinência que implica que a categoria deverá estar adaptada ao material e objetivos da investigação; (4) objetividade e (5) fidelidade que implica que as categorias devem traduzir o verdadeiro sentido dos dados e serem definidas da mesma forma por analistas diferentes; (6) produtividade que permite a possibilidade de resultados férteis em dados concretos, conclusões novas e em índices de inferências.

Da análise das entrevistas, com base no procedimento atrás descrito, emergiu uma matriz de redução de dados (apêndice 2), onde está expresso o conjunto de áreas temáticas, categorias, subcategorias e sub-subcategorias, bem como as respetivas unidades de análise que nos permitiram ter a visão da perceção que os enfermeiros têm da documentação de cuidados no contexto pré-hospitalar.

## **6 – Aspetos éticos**

Qualquer investigação que tenha como objeto de estudo o ser humano suscita questões éticas, decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Fortin, 1999, p. 113). Neste sentido, e porque o nosso estudo foi realizado com pessoas (enfermeiros), nomeadamente através da entrevista, impôs-se a definição de um limite que tem que ver com o respeito pela pessoa e com a proteção dos seus direitos de viver livre e dignamente enquanto ser humano. Neste sentido, o investigador responsável pelo estudo também assinou um termo de responsabilidade assegurando a prestação de informação verdadeira e o respeito pelos direitos dos participantes do estudo, bem como o cumprimento do dever de sigilo e confidencialidade (anexo 1).

Assim, e com base neste princípio, os direitos dos nossos participantes, nomeadamente o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, foram absolutamente protegidos. Com este fim, os enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão no estudo, foram informados da finalidade, dos objetivos, dos riscos e da relação riscos-benefícios que nós atribuímos à sua participação no estudo. Foi ainda salvaguardado o seu direito de se retirarem do estudo sempre e quando assim o entendessem. Desta forma, o seu consentimento livre e esclarecido foi dado através da assinatura de um formulário de consentimento, do qual constavam os elementos atrás mencionados (apêndice 1).

Também um formulário detalhado incidindo sobre o objeto do nosso estudo e sobre os aspetos relativos à dimensão ética, bem como o próprio projeto de investigação foram submetidos a aprovação e consentimento pela comissão de ética do Hospital de Santa Maria Maior, EPE, conforme atrás referido.

A confidencialidade dos dados recolhidos através das entrevistas foi garantida através da atribuição de códigos às transcrições das entrevistas (E1-E8).



## **CAPÍTULO III**

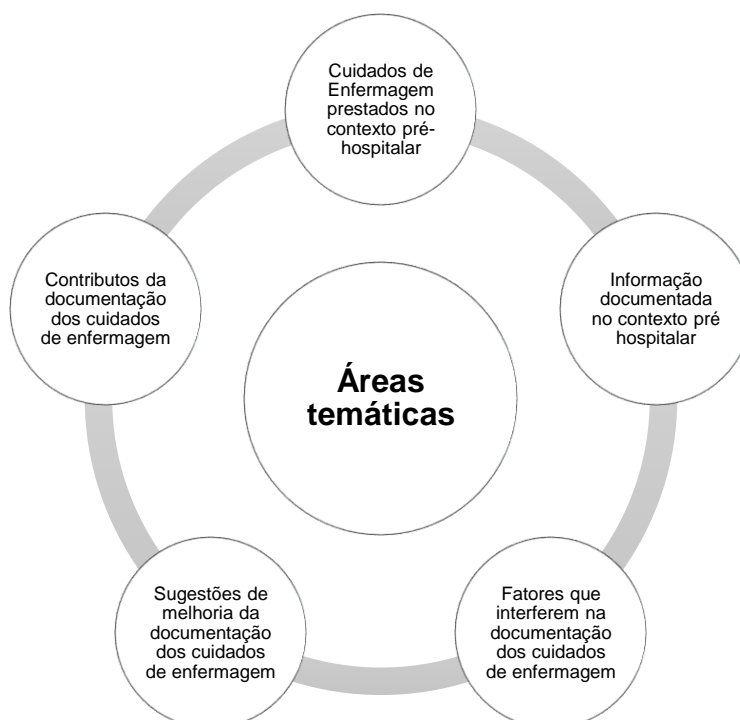
### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**



A análise e a apresentação dos dados obtidos, que a seguir expomos, resulta dos discursos que emergiram das entrevistas realizadas aos enfermeiros que participaram neste estudo.

Dessa análise, resultou um conjunto de áreas temáticas que se encontra expressa na figura seguinte (figura 1): relacionadas com os cuidados de enfermagem prestados, com a informação documentada, com os fatores que interferem na documentação, com as sugestões de melhoria da documentação e com os contributos da documentação de cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar.

**Figura 1 – Áreas temáticas**

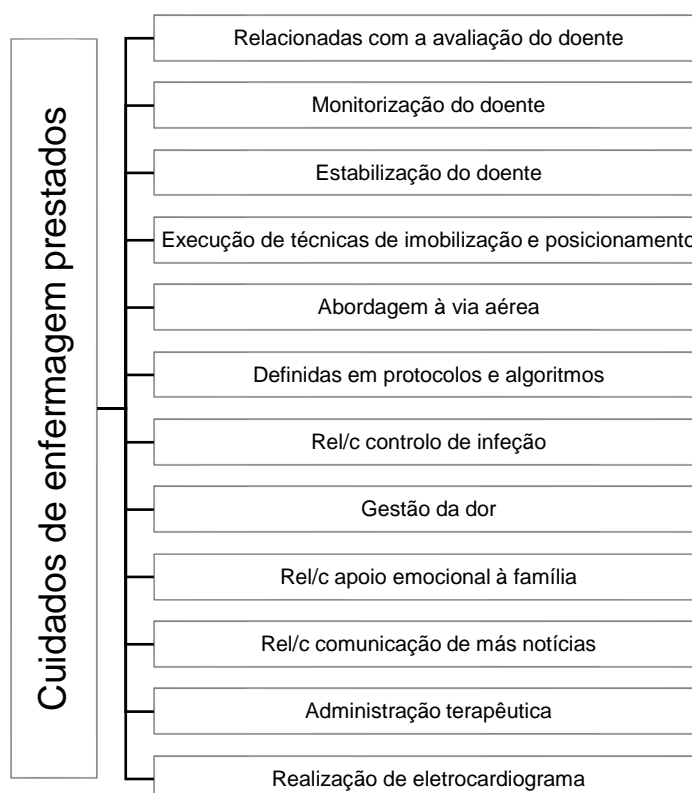


Para uma melhor estruturação e sistematização, a apresentação e análises dos dados será feita de acordo com as áreas temáticas expressas anteriormente, cujas categorias e subcategorias estão representadas em figuras para uma melhor visualização.

## 1 – Cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar: VMER

Conhecer os cuidados de enfermagem que os enfermeiros prestam em contexto pré-hospitalar, nomeadamente por aqueles que tripulam a VMER, foi um dos propósitos que efetivamos através das entrevistas. Destas, emergiram dados que nos permitiram proceder à sua agregação em várias categorias: cuidados relacionados com a avaliação do doente, monitorização do doente, estabilização do doente, execução de técnicas de imobilização e posicionamento, abordagem à via aérea, definidos em protocolos e algoritmos, relacionadas com o controlo de infeção, gestão da dor, relacionados com o apoio emocional à família, relacionados com a comunicação de más notícias, administração de terapêutica e realização de eletrocardiogramas. Estas categorias encontram-se expressas na figura que se segue (figura 2):

**Figura 2 – Cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar: Categorias**



A **avaliação do doente**, que é referida pelos participantes como uma abordagem de acordo com a metodologia ABCDE, em que prestam um conjunto de cuidados



relacionados com a observação e avaliação no sentido de identificar sinais de gravidade da pessoa em situação crítica e priorizar o atendimento:

*E2: (...) Identificação de sinais de gravidade segundo a metodologia ABCDE (...)*

*E4: (...) abordagem ABCDE inicial do doente*

*E7: (...) abordagem à vítima segundo o ABCDE.*

*E8 (...) cuidados de avaliação da vítima segundo a abordagem ABCDE*

Esta avaliação é geralmente realizada a par da prestação dos cuidados imediatos e urgentes, e neste sentido a maioria dos participantes relata um conjunto de cuidados prestados à pessoa ao nível da **monitorização do doente**:

*E1: (...) monitorização dos parâmetros do ventilador (...) posição do tubo endotraqueal*

*E2: (...) monitorização do paciente (...)*

*E4: (...) avaliação dos parâmetros vitais (...)*

*E5: Cuidados de saúde desde (...) avaliação de sinais vitais, à monitorização do doente (...)*

*E6: (...) avaliação dos sinais vitais (...)*

*E7: (...) monitorização de capnografia (...) tensão arterial, frequência cardíaca, escala de coma (...) glicemia capilar.*

Os cuidados relacionados com a **estabilização do doente**, nomeadamente a estabilização hemodinâmica, também foram referidas pelos enfermeiros. Na voz destes profissionais esta estabilização hemodinâmica é realizada antes de transporte do doente crítico para o hospital:

*E1: Presto cuidados a nível (...) da estabilização hemodinâmica (...)*

*E2 (...) estabilização da vítima (...) antes do transporte para o hospital (...)*

*E5: (...) no fundo, tendo em vista assegurar uma abordagem correta, uma estabilização adequada do doente (...) antes da transferência (...)*

Importa aqui referir a importância de garantir a estabilidade hemodinâmica do doente antes da transferência, uma vez que o transporte destes doentes é realizado apenas com o profissional médico da VMER, uma vez que ao enfermeiro cabe a responsabilidade de conduzir a viatura.

Os cuidados de enfermagem prestados, relacionados com a **execução de técnicas de imobilização e posicionamento**, circunscrevem-se à estabilização cervical e à imobilização em plano duro, intervenções frequentemente associadas a vítimas de trauma.

*E1: Presto cuidados a nível das técnicas de imobilização (...) principalmente me trauma (...)*

*E6: Imobilização do doente com colar cervical e colocação de plano duro (...)*

*E1: (...) estabilização cervical (...) se for suspeita de traumatismo (...)*

*E6: (...) posicionamento do doente (...)*

A **abordagem à via aérea**, foi referida pela maioria dos enfermeiros. Estes cuidados contemplam a colocação de ventilação não invasiva, a permeabilização da via aérea, o recurso a meios adjuvantes da via aérea, a oxigenoterapia e a aspiração de secreções, conforme podemos constatar nas seguintes unidades de análise:

*E1: Colocação de (...) ventilação não invasiva (...)*

*E1: (...) permeabilização da via aérea do doente (...)*

*E6: (...) toda uma série de técnicas de abordagem à via aérea, ao recurso a meios adjuvantes básicos ou mais avançados)*

*E6: (...) assegurar a via aérea na entubação.*

*E1: (...) Aspiração de secreções (...)*

*E6: (aspiração de secreções (...)*

Os enfermeiros entrevistados enunciam um conjunto de cuidados prestados à pessoa relacionados com o tratamento de taquiarritmias, bradiarritmias, suporte avançado de vida, situações de catástrofe e transporte do doente crítico. Por se tratar de cuidados prestados, definidos em algoritmos e protocolos imanados pelo INEM, as unidades de análise foram agrupadas na categoria cuidados **definidos em protocolos e algoritmos**:

*E4: (...) aplicação de protocolos complexos e algoritmos emitidos pelo INEM*

*E8: (...) gestão de situação de catástrofe. Triagem primária e secundária.*

*E8: (...) técnicas de evacuação e cuidados relacionados com transporte em segurança da vítima*

*E1: (...) cuidados relacionados com cardioversão se for o caso, desfibrilhação nas vítimas de PCR.*

*E1: Colocação de pacemaker externo no doente com bradiarritmias*

*E6: (...) muitas vezes asseguramos as manobras, a desfibrilhação.*

*E8 (...) técnicas e procedimentos de enfermagem (...) suporte avançado de vida.*

Embora não relatando especificidade em relação aos cuidados prestados, dois dos enfermeiros que incluíram o estudo referiram a prestação de cuidados de enfermagem no âmbito do **controlo de infeção**.

*E1: Presto cuidados a nível das técnicas (...) de controlo de infeção (...)*

*E8: (...) controlo de infeção.*

No domínio da **gestão da dor**, foram identificadas pelos intervenientes técnicas de alívio da dor, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas, como se pode verificar nas seguintes unidades de análise:

*E1: Presto cuidados a nível das técnicas de alívio da dor.*

*E2: (...) Identificação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor(...)*

*E3: (...) cuidados de enfermagem como os relacionados com (...) controlo da dor.*

Também neste âmbito os enfermeiros não são específicos acerca das intervenções de enfermagem que executam neste domínio.

Os cuidados de enfermagem **relacionados com o apoio emocional** à família e com a **comunicação de más notícias** são duas categorias que emergem do discurso dos participantes. Dois dos enfermeiros identificam a família como alvo dos cuidados de enfermagem, para além da pessoa que vive a situação transicional saúde/doença relacionada com um evento crítico:

*E2: (...) Apoio emocional e psicológico aos familiares*

*E8: (...) cuidados relacionados com a comunicação com (...) a família.*

*E8: (...) técnicas de comunicação, incluindo comunicação de más notícias (...)*

A categoria **administração terapêutica** refere-se a um conjunto de fármacos administrados pelos enfermeiros. Não fica perceptível nos discursos dos participantes se

a administração advém da própria tomada de decisão, ou por outro lado, derivam da prescrição de outro profissional, neste caso o médico, em que o enfermeiro é o responsável pela sua realização. Estes cuidados de enfermagem são referidos por quatro dos participantes no estudo:

*E1: (...) administração de sedação, analgesia se for o caso.*

*E4: (...) administração de medicação (...)*

*E5: (...) administração de medicação (...)*

A categoria **realização de eletrocardiograma** refere-se a um conjunto de cuidados relacionadas com a tomada de decisão em relação aos exames auxiliares de diagnóstico, passíveis de serem realizados no contexto de pré-hospitalar. Pelos segmentos de análise, verificamos que dois enfermeiros se referem à execução de eletrocardiograma, considerando-o como cuidados de enfermagem prestados em contexto pré-hospitalar.

*E6: (...) realização de ECG (...)*

*E7: (...) realização de eletrocardiograma (...)*

Em síntese e pela análise dos dados verificamos que os cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar se relacionam essencialmente com cuidados prestados à pessoa em situação crítica, sendo menos enfatizado pelos participantes do estudo, os cuidados à família. Dos cuidados prestados à pessoa, constatamos a abordagem ABCDE que acontece em paralelo com a monitorização, estabilização do doente. Observamos ainda cuidados prestados relacionados com a abordagem à via aérea e cuidados definidos em protocolos e algoritmos. Dos discursos dos enfermeiros emergiram ainda os cuidados relacionados com a gestão da dor e controlo de infeção, embora não tenham especificado que tipo de cuidados prestam nesses domínios. Para finalizar, os enfermeiros entrevistados relatam a realização de exames complementares de diagnóstico enquanto cuidados de enfermagem, assim como a administração de terapêutica.

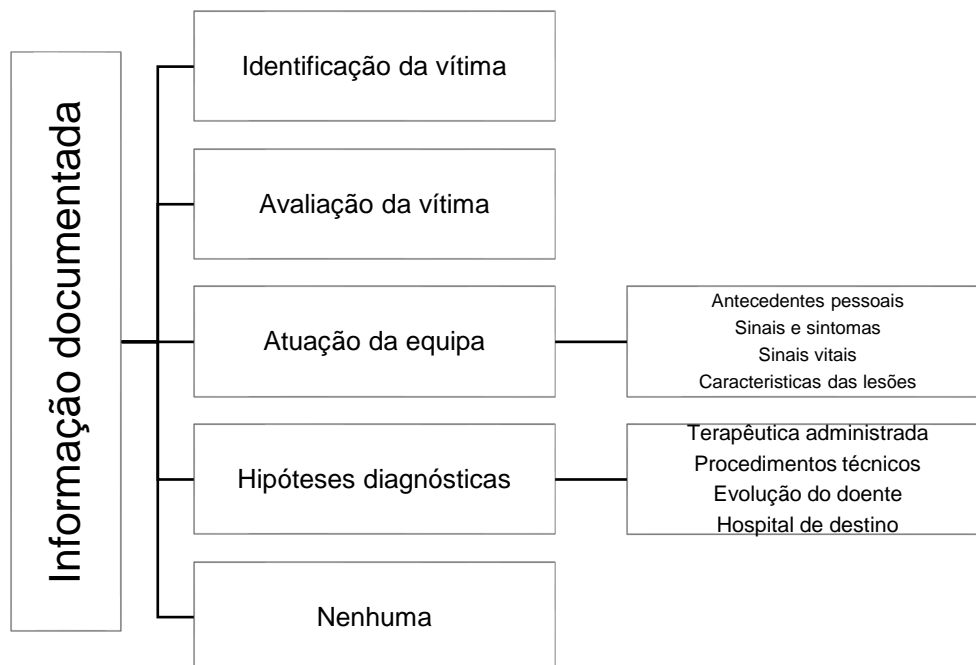
## **2 – Informação documentada no contexto pré-hospitalar**

Tendo como ponto de partida um dos objetivos específicos deste estudo - **Descrever os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica que são documentados**

no contexto de pré-hospitalar – VMER, os enfermeiros foram questionados acerca da informação que habitualmente documentam neste contexto.

Da análise dos dados obtidos através das entrevistas acerca da informação que os enfermeiros habitualmente documentam em contexto de pré-hospitalar – VMER emergiram cinco categorias que se relacionam com a **identificação da vítima**, com a **avaliação da vítima**, informação relativa à **atuação da equipa** e informação referente às **hipóteses diagnósticas** e **ausência de documentação** e que se encontram expressas na figura seguinte (figura 3):

Figura 3 - Informação documentada: categorias e subcategorias



A documentação em cenários multivítimas é referida pela maioria dos participantes e nesse contexto (multivítimas), emergiu dos discursos dos participantes informação relacionada com a **identificação da vítima**, a **avaliação da vítima**, a **atuação da equipa** e **hipóteses diagnósticas**.

A **identificação da vítima** reporta-se à colheita de informação relacionada com dados biográficos da vítima. Da análise dos dados referentes à **avaliação da vítima**, emergiram subcategorias que se relacionam com *antecedentes pessoais*, *sinais e sintomas*, *sinais vitais características das lesões*. Relativamente à **atuação da equipa**, da análise dos dados emergiram subcategorias relacionadas com a *terapêutica*

*administrada, procedimentos técnicos, evolução do doente e hospital de destino. As hipóteses diagnósticas* reportam-se ao registo do diagnóstico médico presumível.

Quando questionados acerca da informação que habitualmente documentam, os enfermeiros referiram que esta se centra nos dados de **identificação da vítima**, sejam idade, género ou mesmo o local da ocorrência conforme podemos constatar pelas unidades de registo que se seguem:

*E1: No campo da identificação da vítima (...) registo os dados da vítima (...)*

*E2: (...) género do doente, idade, (...) local da ocorrência na identificação da vítima.*

*E4: (...) aquela que consta nos campos do verbete (...) género, idade, local da ocorrência (...)*

*E7: Documento a identificação do doente (...) no campo da identificação da vítima.*

A informação documentada relacionada com a **avaliação da vítima** refere-se, nomeadamente aos *antecedentes pessoais*, como se pode ver nos seguintes excertos do discurso dos participantes:

*E4: (...) na avaliação da vítima (...) antecedentes pessoais (...)*

*E6: (...) antecedentes do doente e medicação habitual.*

*E7: (...) antecedentes (...) no campo da avaliação da vítima*

Também a documentação de *sinais e sintomas* foi considerada por grande parte dos entrevistados enquanto informação documentada relativamente à avaliação da vítima:

*E1: (...) registo (...) sinais e sintomas (...)*

*E2: (...) sinais e sintomas (...)*

*E4: (...) sinais e sintomas (...)*

*E7: Sinais e sintomas (...)*

Da mesma forma, o registo de *sinais vitais* foi enfatizado pelos enfermeiros:

*E1: (...) sinais vitais (...)*

*E2: (...) sinais vitais (...)*

*E4: (...) sinais vitais (...)*

*E6: (...) sinais vitais*

Dois dos enfermeiros entrevistados valorizam, além dos dados referidos anteriormente, a documentação das *características das lesões*, local da lesão ou superfície de área queimada, como se pode aferir pelos seguintes segmentos de discurso:

*E1: (...) lesões visíveis no campo da avaliação da vítima.*

*E4: (...) local da lesão, superfície de área queimada.*

Nos discursos produzidos, os enfermeiros referiram ainda que documentam informação relacionada com a **atuação da equipa** no campo específico do instrumento de registo referente à atuação da equipa.

Dos dados obtidos, emergiram unidades de registo que agrupamos em *terapêutica administrada*:

*E1: (...) terapêutica administrada (...) no campo da atuação da equipa.*

*E2: (...) medicação administrada (...)*

*E4: (...) medicação administrada (...)*

Dos discursos proferidos emergiram também a documentação relativa a *procedimentos técnicos*, como o cateterismo periférico, a oxigenoterapia ou a entubação endotraqueal:

*E7: Dados relativos à atuação da equipa (...) técnicas como a colocação de acesso, oxigénio (...)*

*E8: (...) procedimentos técnicos (...) Quando falo em procedimentos técnicos, falo por exemplo de colocação de acesso venoso periférico, colocação de oxigénio, entubação endotraqueal.*

A *evolução do doente* e o *hospital de destino* são dados também documentados, conforme podemos constatar nas unidades de registo que se seguem:

*Evolução do doente:*

*E1: (...) evolução do doente (...)*

*E2: (...) evolução do doente (...)*

*E4: (...) a evolução do doente.*

*E7: (...) evolução favorável ou não.*

*Hospital de destino:*

*E1: (...) hospital de destino no campo da atuação da equipa*

*E2: (...) local para onde o doente é transportado (...)*

*E7: (...) hospital de destino (...)*

Relativamente à subcategoria – **hipóteses diagnósticas**, da informação obtida, apenas dois enfermeiros referiram que esta informação era documentada no campo específico do instrumento de registo com a mesma nomenclatura, conforme podemos constatar pelas unidades de análise que se seguem:

*E2: (...) hipóteses diagnósticas.*

*E4: (...) hipóteses diagnósticas (...)*

É de salientar que quando questionados acerca da informação que habitualmente documentam, alguns enfermeiros, de uma forma imediata, referiram que habitualmente não documentam nada, à exceção dos cenários multivítimas. Os dados que emergiram das entrevistas, e que de seguida apresentamos, foram assim reunidos na categoria **nenhuma**:

*E1: Nenhuma, quando fazemos o registo é em situações multivítimas (...)  
na situação multivítimas o médico preenche um verbete e eu outro.*

*E2: Habitualmente, nada. Só em situações em que temos várias vítimas  
é que registo (...)*

*E5: Só mesmo naquelas situações multivítimas é que poderemos fazer  
algum registo, mas no geral não fazemos.*

*E6: Por rotina, nenhuma. Em algumas situações multivítimas (...) registo.*

*E7: (...) só em situações pontuais é que documento alguma coisa (...)  
como nos cenários multivítimas (...)*

*E8: (...) à exceção dos cenários multivítimas (...) por norma não registo  
nada.*

No sentido de melhor sistematizar toda a informação, importa sintetizar alguns aspetos que consideramos fundamentais de forma a integrar toda a informação.

De acordo com o discurso produzido pelos enfermeiros, é evidente a ausência de documentação de cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros. A documentação por parte dos participantes acontece apenas em cenários multivítimas e neste contexto a centralidade desta informação relacionou-se com a própria estrutura do instrumento de registo.



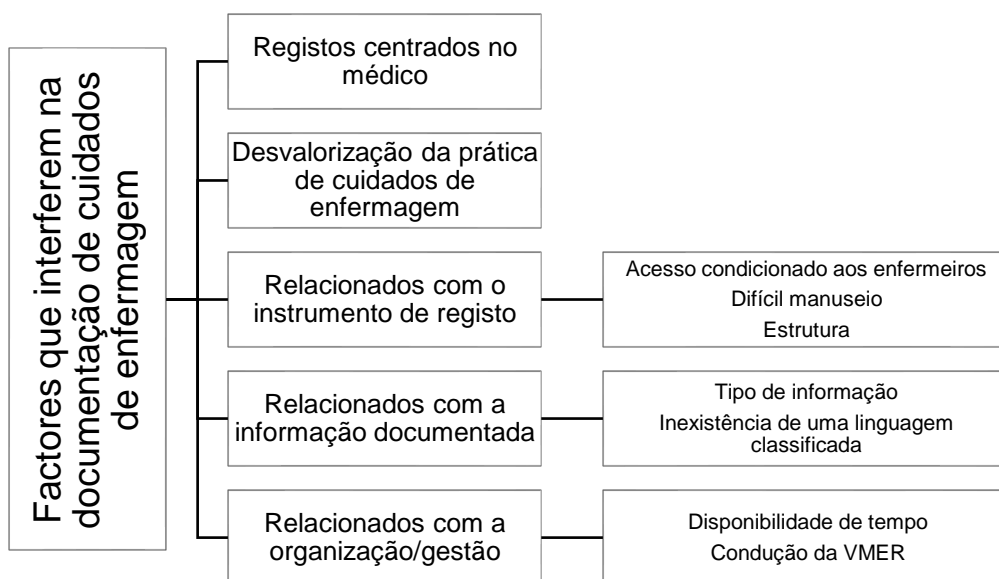
Em relação à identificação da vítima os intervenientes referem a documentação de dados da vítima como identificação, género e idade da vítima.

Por sua vez, relativamente à avaliação da vítima, os discursos dos enfermeiros reportam-se à documentação de sinais e sintomas, sinais vitais e antecedentes do doente e características das lesões. A atuação da equipa, a terapêutica administrada, as técnicas realizadas, a evolução do doente e as hipóteses diagnosticas foram referidas também pelos nossos entrevistados enquanto informação documentada.

### 3 – Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem

A documentação dos cuidados de enfermagem pode ser influenciada por inúmeros fatores facilitadores, ou pelo contrário, fatores que criam obstáculos ao processo de documentação de cuidados. Dos discursos produzidos emergiram diversos fatores que agrupamos em categorias e subcategorias (figura 4) relacionados com os **registos centrados no médico**, com a **desvalorização da prática da documentação de cuidados de enfermagem**. Além destes, fatores **relacionados com o instrumento de registo**, com a **informação documentada** e com a **organização e gestão**.

Figura 1 – Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem: categorias e subcategorias



No domínio dos fatores que interferem na documentação de cuidados de enfermagem, os participantes do estudo referem que, por rotina, o processo de documentação é feito pelo médico – **registos centrados no médico**:

*E1: Dos cuidados que presto, em situações normais não registo nenhum. Esse trabalho é feito pelo médico.*

*E2: Na minha prática e numa situação de rotina a informação é registada pelo médico.*

*E3: (...) nos últimos turnos que fiz no pré-hospitalar, não me lembro de documentar nada. (...) Exclusivamente cuidados de enfermagem, sinceramente não me lembro de os registar.*

*E4: Na VMER os registos são habitualmente feitos pelo médico (...)*

*E5: Se estamos a falar propriamente do registo de cuidados de enfermagem, não é feito quase nenhum*

*E6: Os registos são realizados pelo médico (...)*

*E7: Os registos são feitos pelo médico e só em situações pontuais é que documento alguma coisa (...)*

Além do exposto anteriormente, os participantes referem nos seus discursos alguma relutância aos registos e a falta de prática habitual dos mesmos pelo que agregamos as unidades de registo na categoria – **desvalorização da prática da documentação de cuidados de enfermagem**:

*E3: (...) Nós enfermeiros ainda não temos uma relação simples e saudável com os registos (...) temos muita relutância aos registos e ao ter que escrever.*

*E3: (...) não tenho hábito de registar nada da minha atividade.*

*E8: (...) a principal dificuldade está relacionada com alguma inércia da parte dos enfermeiros.*

No domínio dos fatores **relacionados com o instrumento de registo**, emergiram dos discursos dos enfermeiros subcategorias que se reportam a questões relacionadas com o *acesso condicionado aos enfermeiros* à ferramenta informática ITEAMS, questões relacionadas com o *difícil manuseio* da ferramenta informática e questões relacionadas com a *própria estrutura do instrumento* de registo.

O *acesso condicionado aos enfermeiros* foi mencionado por quase a totalidade dos enfermeiros como um importante obstáculo à documentação dos cuidados. Através das

unidades de registo que se seguem, podemos constatar que os enfermeiros referem não possuir perfis de acesso à ferramenta informática, pelo que o acesso só é possível depois do médico aceder através das suas credências.

*E1: (...) não temos login de acesso ao ITEAMS.*

*E5: Temos apenas um computador e normalmente é o médico que utiliza.*

*E6: Nós basicamente não temos acesso formal ao ITEAMS (...) Se o médico não introduzir a password nós não podemos registar nada.*

*E7: O acesso é exclusivamente médico porque é ele quem tem a password para login.*

*E8: Basta pensar que nem sequer temos login próprio (...)*

As questões relacionadas com o *diffícil manuseio*, ainda que alheias ao enfermeiro, estão presentes e condicionam a documentação dos cuidados de enfermagem. Deste modo, os enfermeiros referiram essencialmente o facto de o sistema ser lento, difícil de manusear e confuso:

*E2: (...) o ITEAMS, é um aplicativo informático, por vezes lento (...)*

*E2: (...) o sistema informático é muito lento (...)*

*E3: (...) não é um suporte que seja fácil de manusear, que facilite a documentação (...)*

*E5: O ITEAMS é mais confuso, às vezes mais lento, demora mais tempo (...)*

Relativamente à *estrutura dos instrumentos*, os participantes do estudo apontam um conjunto de obstáculos que estão relacionados com a falta de campos específicos, seja no programa informático ou em suporte de papel, para a documentação da atividade dos enfermeiros:

*E1: (...) o ITEAMS (...) não veio acrescentar nenhum campo específico para aquilo que são os cuidados de enfermagem.*

*E2: (...) inexistência de campos específicos para a documentação de cuidados (...)*

*E4: É gritante a inexistência de campos específicos para a documentação de cuidados de enfermagem.*

*E5: Os campos do ITEAMS são super-pequenos, não dá para escrever quase nada em linguagem corrente (...)*

*E6: (...) o ITEAMS é muito limitado em termos de espaço para escrita livre (...)*

*E7: (...) não tem nenhum espaço próprio para registos de enfermagem, ainda que em notas livres.*

*E8: (...) inexistência de um separador exclusivo da parte de enfermagem.*

Relativamente à ficha de observação médica, vulgarmente chamado “verbete”, dois participantes do estudo referem-no como redutor e onde a documentação é circunscrita aos campos que o constituem:

*E2: (...) verbete (...) muito redutor dos cuidados prestados ao doente crítico.*

*E7: (...) o registo é circunscrito aos campos do verbete (...)*

No domínio dos fatores **relacionados com a informação documentada** emergiram aspetos relacionadas com o *tipo de informação documentada* e com a *inexistência de uma linguagem classificada*. É interessante verificar que o discurso produzido se reportou à análise que os participantes fizeram da informação documentada enquanto obstáculo ao processo de documentação.

Neste sentido questionaram o *tipo de informação documentada*, não havendo margem para a documentação de cuidados diretamente relacionados com a tomada de decisão do enfermeiro:

*E3: (...) registo centrada na atividade de uma determinada classe profissional (...)*

*E3: (...) porque neste contexto de VMER não podemos estar aqui com diagnósticos e intervenções e definir horários, mas também não há espaço para registar a nossa tomada de decisão.*

*E6: (...) reduz-se apenas a clicar em técnicas e sinais vitais (...)*

*E6: (...) acho que a ficha está muito formatada para a execução de técnicas sem sabermos quem as realizou*

*E6: (...) quase tudo está condicionado e direcionado àquelas respostas (...)*

*E8: Não existem campos para as nossas intervenções autónomas.*

As questões centradas na *inexistência de uma linguagem classificada* reportaram-se essencialmente à linguagem utilizada na informação documentada. A inexistência de

uma linguagem classificada é, na opinião de dois enfermeiros, um obstáculo à documentação, pois consideram que clareza da informação se desvanece ao não utilizarem uma linguagem classificada.

*E2: (...) a utilização de uma linguagem INEM e não uma linguagem classificada internacional para a prática de cuidados de enfermagem são as grandes dificuldades.*

*E6: O principal entrave é não haver uma linguagem que nos permitisse registar de forma clara.*

É interessante verificar que, embora os participantes assumam nos seus discursos que não tem acesso formal ao instrumento informático de registo, referem também, um conjunto de fatores que interfere na documentação que estão diretamente relacionados com o difícil manuseio, com a estrutura do instrumento informático e com a informação documentada.

Quanto aos fatores **relacionados com a organização/gestão** estes direcionam-se sobretudo para a *disponibilidade de tempo*, sendo o fator tempo apontado em grande parte dos discursos dos participantes como condicionador da documentação dos cuidados:

*E2: Não existe tempo para preenchimento das fichas (...)*

*E3: (...) não ter tempo para fazer registos.*

*E4: (...) pela natureza deste contexto (...) a documentação passa muitas vezes para segundo plano.*

*E5: Não há disponibilidade de tempo para que tudo fique corretamente registado.*

*E7: (...) pouco tempo para registos (...)*

*E8: (...) isto sem considerar o tempo, tantas vezes escasso para efetuar registos*

Alguns participantes vão mais longe nos seus discursos e relacionam a falta de tempo com a necessidade de realizar tarefas adicionais como a *condução da VMER*.

*E2: (...) o enfermeiro tem que conduzir.*

*E7: (...) a grande dificuldade está relacionada com (...) o facto de desempenharmos várias tarefas logísticas ao mesmo tempo como conduzir a viatura*

*E8: (...) necessidade de repor a carga da viatura (...)*

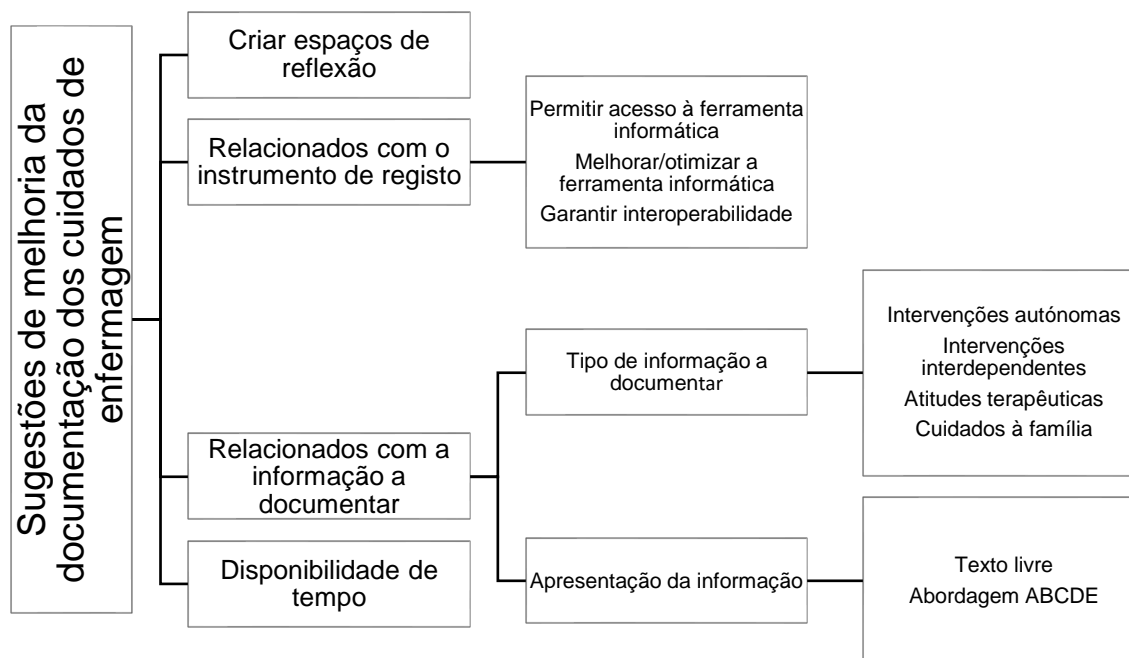
Para finalizar, salientamos que os fatores que interferem na documentação de enfermagem foram relacionados, pelos participantes do estudo, com os instrumentos de registo, com a informação documentada e com a organização/gestão. Os cenários multivítimas, o registo centrado no médico e a desvalorização da prática da documentação de cuidados de enfermagem assumiram particular relevo, neste contexto.

#### **4 – Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem**

Esta área temática emergiu do discurso produzido pelos participantes e inclui os segmentos de análise relacionados com as sugestões para melhorar o processo de documentação de cuidados à pessoa/família em situação crítica no contexto onde decorreu o estudo.

As sugestões apresentadas pelos participantes foram agrupadas em categorias e estão diretamente associados aos fatores que interferem na documentação de cuidados. Assim, as sugestões de melhoria relacionam-se com: a criação de espaços de reflexão, com o instrumento de registo, com a informação a documentar, e com a disponibilidade de tempo, como se pode ver no quadro que se segue.

**Figura 2 – Sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem: categorias, subcategorias e sub-subcategorias**



A **criação de espaços de reflexão**, no sentido de refletir a ação de documentação e quais os cuidados a documentar surge nos relatos dos enfermeiros, cujos segmentos de análise são disso exemplo.

*E3: (...) que mais gente pense sobre o assunto, que se reconheça que há aqui um problema.*

*E7: Em primeiro é preciso (...) perceber a necessidade registo*

*E3: (...) reflexão sobre o que é que deve ficar registado, o que é que temos que registar, como registar (...)*

*E3: (...) temos de saber o que é que tem que ficar registado, em termos concretos, que informação temos que fazer transbordar para aquele instrumento.*

*E3: (...) nós enfermeiros, nem fizemos uma reflexão séria sobre o assunto.*

As sugestões **relacionadas com os instrumentos de registo** foram agrupadas nas seguintes subcategorias: *permitir acesso à ferramenta informática, melhorar/otimizar a ferramenta informática e garantir a interoperabilidade* com outros sistemas de informação.

A sugestão *permitir acesso à ferramenta informática* - centra-se no acesso partilhado ao aplicativo e subsequente atribuição de credências de acesso aos enfermeiros. Os seguintes segmentos de análise são disso exemplo:

*E1: (...) providenciar credenciais de acesso ao aplicativo.*

*E5: (...) acesso partilhado à aplicação, tanto pelo médico como pelo enfermeiro*

*E6: (...) acesso partilhado ao ITEAMS.*

*E8: (...) criar credenciais de acesso ao ITEAMS.*

Da narrativa dos enfermeiros surgiram unidades de registo relacionadas com a própria operacionalização da ferramenta informática que foram agrupadas na subcategoria – *melhorar/otimizar a ferramenta informática*. Neste sentido os enfermeiros sugerem a integração de campos específicos de registo dos cuidados de enfermagem, no sentido de possibilitar a documentação dos cuidados de enfermagem e a otimização da performance do programa informático, no sentido de facilitar o processo de documentação de cuidados:

*E1: (...) introdução de campo específico para os cuidados de enfermagem.*

*E4: (...) introduzir um campo específico para o enfermeiro registar*

*E5: (...) garantir algum local de preenchimento dos cuidados de enfermagem*

*E6: (...) acho que no ITEAMS devia haver um campo de registo da parte médica e um da parte de enfermagem.*

*E8: (...) criar um campo específico para registo da atividade de enfermagem.*

*E2: (...) criar um sistema mais rápido para registo.*

*E4: (...) fazer um upgrade ao ITEAMS na tentativa de o tornar mais rápido*

*E5: (...) ITEAMS (...) se fosse um bocadinho mais rápido seria ótimo*

*E7: (...) criar um instrumento de registo ou atualizar o atual (...)*

No que diz respeito ao *garantir a interoperabilidade*, foi uma sugestão partilhada por dois participantes que consideram que é necessário existir articulação entre a ferramenta informática e os vários sistemas de informação em saúde:



*E2: (...) Melhor articulação do sistema ITEAMS com o sistema hospitalar (...)*

*E4: (...) esta aplicação devia funcionar em rede com todos os outros aplicativos das unidades hospitalares*

As sugestões **relacionadas com a informação a documentar** foram agrupadas nas subcategorias: *tipo de informação a documentar* e *apresentação da informação*

Relativamente à sugestão - *tipo de informação a documentar*, é transversal a todos os participantes que todos os cuidados de enfermagem devem ser documentados. Contudo, foram focados dados que agrupamos em quatro sub-subcategorias: *intervenções autónomas, intervenções interdependentes, atitudes terapêuticas e cuidados à família*, que estão expressos nas unidades de registo que a seguir apresentamos:

*Intervenções autónomas:*

*E1: Toda a informação devia ser documentada (...) principalmente deviam ser registadas todas a intervenções independentes.*

*E2: (...) deviam ser documentadas todas as intervenções autónomas (...) na prestação de cuidados ao doente crítico. (...) medidas não farmacológicas de alívio da dor.*

*E3: Todos os cuidados deviam ficar registados (...) sejam exclusivamente autónomos (...)*

*E:4 (...) todas as intervenções, sejam elas autónomas deviam ficar registados (...)*

*Intervenções interdependentes:*

*E2: (...) todas as intervenções (...) interdependentes (...) na prestação de cuidados ao doente crítico deviam estar registadas.*

*E3: Todos os cuidados deviam ficar registados (...) até os cuidados interdependentes deviam ficar registados.*

*E:4 (...) todas as intervenções, sejam elas (...) interdependentes (...) deviam ser registadas*

*Atitudes terapêuticas:*

*E2: (...) registar as atitudes terapêuticas na prestação de cuidados ao doente crítico.*

*E3: Todos os cuidados deviam ficar registados (...) ou atitudes terapêuticas (...)*

*E:4 (...) todas as intervenções deviam ficar registadas, sejam (...) atitudes terapêuticas dos enfermeiros.*

*Cuidados à família:*

*E2: (...) medidas de (...) apoio à família enquanto registo.*

*E6: Para além dos cuidados ao doente (...) também despendemos de algum tempo de apoio à família que não fica registado (...) Até quando são situações de morte (...) enquanto enfermeiros prestamos ali algum apoio aos familiares que não fica descrito em lado nenhum e devia.*

*E7: (deveriam ser documentados os cuidados prestados à família, como apoio emocional.*

*E8: (...) principalmente as intervenções autónomas nomeadamente (...) apoio à família. (...) Nesses momentos despendemos de algum tempo para possíveis ensinamentos e orientações à família (...)*

Como acima referido no domínio das sugestões **relacionadas com a informação documentada**, emergiu dos discursos dos enfermeiros a subcategoria - *apresentação da informação* que integra duas sub-subcategorias: *texto livre e abordagem ABCDE*

Dois dos participantes do estudo sugerem a documentação dos cuidados de enfermagem sob a forma de texto livre:

*E1: (...) registar as nossas intervenções sob a forma de texto livre (...)*

*E4: (...) registar todas as suas intervenções autónomas (...) em forma de texto livre (...)*

Ao passo que outros dois participantes, sugerem que a documentação possa ser efetivada de acordo com a abordagem ABCDE:

*E3: Registo (...) segundo uma abordagem ABCDE*

*E7: (...) registo de cuidados prestados sob a forma de um ABCDE*

Ainda que menos enfatizada, é interessante verificar, através dos discursos, opiniões tão dispares relativamente à apresentação da documentação.

As questões relacionadas com a **disponibilidade de tempo** emergem também como sugestão de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem. Deste modo, na

voz de dois participantes, a reorganização das tarefas realizadas é importante para que haja disponibilidade de tempo para a documentação dos cuidados:

*E7: (...) repensar se todas as outras tarefas (...) devem ser efetivamente realizadas por nós, enfermeiros?*

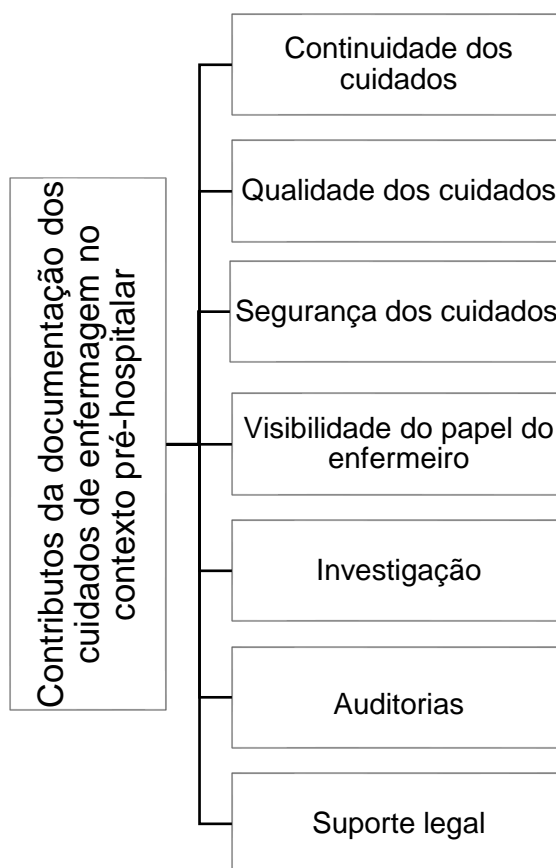
*E8: Relativamente ao facto de não haver tempo para os registos (...) esses registos poderiam ser feitos à posteriori.*

Ao procedermos à análise do conteúdo do discurso dos enfermeiros relativamente a esta área temática, e em termos sintéticos, foi possível identificar as seguintes sugestões: criação de espaços de reflexão sobre a necessidade de documentação e a reflexão sobre quais os cuidados a documentar; acesso partilhado ao aplicativo e subsequente atribuição de credências de acesso aos enfermeiros; otimização da performance do programa informático no sentido de facilitar o processo de documentação de cuidados assim como a integração de campos específicos de registo dos cuidados de enfermagem; garantir a interoperabilidade dos sistemas com vista a melhorar a articulação entre os vários sistemas de informação em saúde; documentação de todos os cuidados de enfermagem, sejam intervenções autónomas, intervenções interdependentes, atitudes terapêuticas e cuidados à família; reorganização das tarefas realizadas para que haja disponibilidade de tempo para a documentação dos cuidados.

## **5 – Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar**

Foi nosso objetivo conhecer quais os contributos que os enfermeiros atribuem à documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar. Assim, dos discursos produzidos através das entrevistas, emergiram uma série de contributos, expressos na figura que se segue (figura 6), e que se relacionam com a continuidade, a qualidade, a segurança e qualidade dos cuidados. Emergem dos discursos dos participantes ainda contributos relacionados com a visibilidade do papel do enfermeiro, contributos para a investigação, auditorias e enquanto suporte legal.

**Figura 3 – Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar: categorias**



No que concerne à **continuidade de cuidados**, os entrevistados atribuíram grande importância à documentação d cuidados, na medida em que fornece informação importante acerca dos cuidados prestados e da evolução dos doentes fora da unidade hospitalar:

*E6: (...) mostrar o que é que realmente aconteceu aquele doente e qual foi a evolução dele durante o transporte e durante a permanência da equipa da VMER.*

Por exercerem funções concomitantemente no serviço de urgência e na VMER, referiram ainda situações importantes em que a documentação de cuidados assume especial relevo na garantia da **continuidade de cuidados**. Quer seja pela falta de partilha de informação entre pares, como se pode observar pela unidade de registo que se segue:

*E2: E continuidade de cuidados, porque muitas vezes é preciso ligar para o colega da urgência para lhe passar alguma informação importante (...)*

Quer seja pela pouca informação que produzem:

*E1: Na minha opinião, os contributos são a continuidade de cuidados. É difícil perceber o que foi feito pelo enfermeiro a determinado doente (...)*

No entanto, todos são unânimes relativamente ao contributo da documentação dos cuidados por forma a garantir a **continuidade** dos mesmos:

*E3: (...) este registo de informação garante a continuidade dos cuidados.*

*E5: Essa documentação é uma mais-valia em termos de continuidade de cuidados (...)*

*E7: (...) continuidade dos cuidados (...)*

A **qualidade dos cuidados** emergiu do discurso produzido como um dos contributos que a documentação pode oferecer na medida em que, os cuidados prestados, desde que documentados, podem ser analisados e associados a um melhor ou pior prognóstico da vítima assistida:

*E4: Acho que seria uma mais valia recorrer a dados objetivos com base científica que provassem que as nossas intervenções melhoram, por exemplo, o outcome do doente após alta hospitalar.*

*E5: No fundo, a existência da enfermagem no pré hospitalar é assegurar um upgrade de qualidade no atendimento ao doente (...)*

Também a **segurança dos cuidados** foi referida pelos entrevistados como estando fortemente relacionada com aquilo que é documentado:

*E3: (...) garante a segurança dos cuidados, é fundamental saber se já fizemos isto ou aquilo.*

*E4: Eu diria até que uma grande vantagem seria controlar riscos precocemente.*

*E7: (...) segurança dos cuidados*

A **visibilidade dos cuidados** de enfermagem foi outro dos contributos mencionados, na medida em que, define o papel e o campo de competências do enfermeiro quando comparado com outras classes profissionais:

*E2: (...) visibilidade porque as nossas intervenções, quando registadas, fazem com que nos distingamos de outro.*

*E6: Um dos contributos seria a representação prática do trabalho do enfermeiro (...) mostrar realmente qual é o nosso papel e a importância do nosso papel no pré-hospitalar.*

*E7: Há, e visibilidade também. Pouca gente sabe que uma VMER é tripulada por médico e enfermeiro.*

*E8: (...) podiam ser uma mais-valia na visibilidade daquilo que é o trabalho dos enfermeiros no pré-hospitalar (...)*

A **investigação** também foi referida como um dos contributos, salientando os dados obtidos da informação documentada como alvo de estudo para a produção científica:

*E4: (...) acho que a documentação poderia servir, ou os dados obtidos dela, poderia ajudar na produção científica.*

*E8: Se esta documentação fosse efetivamente feita, penso que os grandes contributos seriam na área do conhecimento (...) Também me parece que pudessem ter um grande contributo para trabalhos de investigação na área.*

Por fim, o contributo que a documentação de enfermagem pode oferecer enquanto base de dados para **auditorias** foi também evidenciado pelos participantes do estudo. Consideraram então, que a inexistência de auditorias aos cuidados de enfermagem prestados está fortemente relacionada com a informação que não é documentada:

*E2: Auditoria, isto porque neste momento não há forma de auditar o que os enfermeiros fazem na VMER.*

*E5: Até em termos de auditorias futuras, ter alguma coisa que uma pessoa possa palpar para efetuar essas auditorias*

Na opinião dos participantes do estudo, a informação que está documentada pode funcionar como instrumento de **suporte legal**, pelo contributo que pode fornecer no que diz respeito à defesa profissional em questões jurídicas.

*E2: Já fui algumas vezes a tribunal (...)e não tenho nada escrito a que possa recorrer (...)*

*E3: (...) suporte legal. Todos nós temos a noção de que tudo o que fazemos tem que estar documentado se não corremos o risco de ser possível alguém afirmar que não foi realizado (...)*

*E5: Em termos legais é importante também estar lá algum registo.*

*E7: (...) podem nos ajudar nas questões legais, isto porque se não está registado é porque não foi feito.*

Procedendo a uma síntese desta área temática, e de acordo com o proferido pelos enfermeiros intervenientes no estudo, verificamos que a importância atribuída à documentação dos cuidados se relaciona com os contributos para a continuidade dos cuidados, segurança dos cuidados e qualidade dos cuidados. Não descuraram a importância que ela pode ter como instrumento de prova legal, na investigação científica, visibilidade da profissão e auditoria.

Terminada a apresentação e a análise dos dados obtidos, passamos para o capítulo seguinte onde vamos proceder à discussão destes mesmos dados.





## **CAPÍTULO IV**

# **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Terminada a apresentação e análise dos dados obtidos através das entrevistas, impõe-se uma reflexão e discussão sobre os resultados, no sentido da produção de deduções válidas sobre o seu significado. Esta etapa consiste, como nos refere Bardin (2011), numa “análise de conteúdo sobre análise de conteúdo” (p.167) ou seja numa reflexão sobre os dados obtidos, sustentada nas opiniões de vários autores que se debruçaram sobre o tema e no nosso próprio pensamento sobre o assunto.

Seguindo a mesma estruturação do capítulo anterior, a discussão dos resultados será norteada de acordo com as áreas temáticas.

De forma a possibilitar uma maior sistematização da informação, procedemos à análise conjunta das seguintes áreas temáticas: Fatores que interferem na documentação de cuidados de enfermagem e sugestões de melhoria da documentação de cuidados de enfermagem de acordo com as respetivas categorias comuns.

## **Cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar VMER**

Dos discursos produzidos foram mencionados pelos enfermeiros que participaram no estudo diversos cuidados de enfermagem que são prestados pelos enfermeiros em contexto pré-hospitalar: cuidados relacionados com a avaliação do doente, monitorização do doente, estabilização do doente, execução de técnicas de imobilização e posicionamento, abordagem à via aérea, definidos em protocolos e algoritmos, relacionadas com o controlo de infeção, gestão da dor, relacionados com o apoio emocional à família, relacionados com a comunicação de más notícias, administração de terapêutica e realização de eletrocardiogramas.

A **avaliação do doente**, é referida pelos participantes como uma abordagem de acordo com a metodologia ABCDE. Sabemos, portanto, que a abordagem “ABCDE” do American College of Surgeons é a metodologia universalmente aceite e recomendada no nosso país (Massada [et al]; 2009) e que o atendimento inicial das vítimas de trauma obedece à sequência “ABCDE”, estabelecida pelo American College of Surgeons, resultando esta de uma adaptação da sequência “ABC” da American Heart Association, sendo padronizado de acordo com as lesões de maior mortalidade: “A” – Via Aérea com

Imobilização da Coluna Cervical; “B” – Ventilação e Oxigenação; “C” - Circulação (suporte cardiovascular), com controlo da Hemorragia; “D” – Disfunção Neurológica; “E” – Exposição (avaliação do hábito externo), evitando a hipotermia.

A avaliação primária e o processo de reanimação têm início no local do acidente, onde são feitas a triagem e a decisão de transferência e transporte. Segundo Massada [et al] (2009) e o Trauma Nursing Core Course – TNCC o atendimento do paciente politraumatizado requer uma abordagem por prioridades ABCDE, avaliando passo a passo as lesões que condicionam o transporte ou o fornecimento de oxigénio às células, seguindo sempre a premissa de “problema encontrado = problema resolvido”. O objetivo passa pela pesquisa das situações que se associam a risco de vida imediato. (TNCC, 2014).

Na perspetiva do mesmo autor, este período de cuidados clínicos exige ações bem coordenadas. A metodologia de intervenção deve ser efetuada de uma forma horizontal, em equipa, em que cada elemento tem objetivos claros e responsabilidades bem definidas nessa sequência de intervenção, possibilitando uma mais rápida identificação e correção das anomalias encontradas (Massada, 2001).

Embora sem especificar os cuidados prestados, os discursos dos enfermeiros permitem-nos inferir que no seu exercício autónomo no contexto de pré-hospitalar, o enfermeiro é orientado pela tomada de decisão que implica uma abordagem sistémica e sistemática, neste caso a abordagem ABCDE. Nesta tomada de decisão “o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)” (OE, 2012, pp. 5-6), de modo a prescrever intervenções de enfermagem com o objetivo de “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (idem, p.6).

Os enfermeiros enunciam nos seus discursos cuidados relacionadas com a **monitorização e estabilização do doente**, nomeadamente monitorização de sinais vitais, parâmetros do ventilador, posição do tubo endotraqueal, escala de coma de Glasgow e capnometria. A par destas intervenções, os enfermeiros referiram-se à estabilização hemodinâmica do doente, prévia ao transporte para o hospital.

Esta dimensão dos cuidados, que se relaciona com intervenções de enfermagem, realizadas no sentido de prevenir precocemente complicações, vai de encontro a um domínio importante do exercício profissional dos enfermeiros, consagrado nos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2002) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2011), enunciado número três, epigrafado “Prevenção

de Complicações”, onde é referido que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro/enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica através da identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro/enfermeiro especialista tem competência (de acordo com a mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (p. 5).

O discurso dos participantes é também concordante com o Parecer nº9/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica quando se reporta aos cuidados relacionados com a estabilidade hemodinâmica, uma vez que os profissionais envolvidos no transporte da pessoa em situação crítica devem antecipar todas as possíveis complicações já que o transporte do doente não é isento de riscos e, por vezes, pode ser um fator precipitante de instabilidade, podendo haver agravamento do estado clínico e eventualmente surgirem complicações.

Os participantes do estudo, enfatizam nos seus discursos a prestação de cuidados relacionados com a **execução de técnicas de imobilização e posicionamento, abordagem à via aérea** e ainda **cuidados definidos em protocolos e algoritmos**

Este domínio dos cuidados de enfermagem enfatizado pelos participantes, e que está associado a intervenções mais técnicas, vai de encontro às referências de múltiplos autores que escrevem sobre competências dos profissionais de enfermagem na área da urgência/emergência. Estes fazem alusão à imprescindibilidade desta capacidade, que não dispensa uma apurada prática, treino e constante reciclagem, no sentido de garantir um nível de competência técnica elevado (Moreira da silva,2011). O autor afirma ainda ser esta uma das vantagens dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica e menciona também neste domínio técnico, a vantagem da habilidade dos enfermeiros na atuação autónoma e na padronização de condutas por meio de protocolos pré-estabelecidos e conhecidos por toda a equipa, que facilitam a tarefa e minimizam o risco de iatrogenias à pessoa.

Em concordância com os participantes, o próprio REPE, no n.º 4 do artigo 9.º estatui que os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais "Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade" e "Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente

respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade". (DL n.º 161/96, p. 2961).

De encontro ao descrito pelos participantes, Martins (2009) diz-nos que a atenção dos enfermeiros deve abranger desde os gestos técnicos mais simples, como providenciar um acesso venoso ou colocar um adjuvante da via aérea, até aspetos mais complexos, como providenciar um acesso intraósseo, colocar tubo endotraqueal, máscara laríngea ou mesmo reconhecer um ritmo cardíaco de periparagem ou paragem e atuar em conformidade (Martins, 2009).

Os dados emergentes das entrevistas são reveladores de cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar que estão definidos em protocolos e algoritmos. Neste ponto de discussão surgem opiniões que corroboram os discursos dos participantes relativamente a esta temática como é o caso de Oliveira & Martins (2013). Para o autor, os cuidados de enfermagem assentes em protocolos terapêuticos e de intervenção são muito utilizados nos vários níveis da prestação de cuidados de saúde, e no pré-hospitalar não é exceção. Na ótica do autor, os enfermeiros executam as suas intervenções e tomam as suas decisões de acordo com a melhor evidência científica, seguindo protocolos terapêuticos previamente delineados, e tendo em consideração a eficácia previsível da sua atuação. No entanto, os protocolos são construídos e fundamentados tendo em consideração a componente patológica de uma vítima, contudo, não respondem às necessidades humanas básicas que resultam do quadro patológico (idem) o que nos remete para um modelo conceptual de prestação de cuidados claramente biomédico.

Os enunciados produzidos pelos enfermeiros sugerem-nos um conjunto de intervenções relacionadas com a **gestão da dor e controlo de infeção**.

Neste domínio de cuidados, o discurso dos enfermeiros é confluyente com o enunciado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) quando refere que a boa prática de Enfermagem requer a avaliação da dor como 5.º sinal vital e neste sentido os enfermeiros colaborem com os restantes elementos da equipa multiprofissional no estabelecimento de um plano de intervenção farmacológica e não farmacológica para o controlo da dor.

Embora menos enfatizado pelos enfermeiros, parece-nos imperativo que a dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, na abordagem da pessoa em situação crítica (DGS, 2003) indo de encontro às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem na pessoa em situação crítica na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação

crítica e ou falência orgânica, otimizando assim as respostas (Regulamento n.º 124/2011).

No mesmo sentido, os enfermeiros referem nos seus discursos que prestam cuidados relacionados com o controlo de infeção. Ainda que subvalorizado pelos participantes do estudo parece-nos uma questão relevante e que correlacionamos com uma das competências específica do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, no sentido de prevenir complicações.

Pela análise dos dados emergentes das entrevistas constatamos que os enfermeiros prestam um conjunto de cuidados com o foco de atenção na família. Cuidados relacionados com o apoio emocional e relacionados com a comunicação de más notícias, ainda que menos enfatizados pelos participantes do estudo, são verbalizados nos discursos enquanto cuidados de enfermagem prestados.

Neste sentido, entendemos que os cuidados de enfermagem centrados na família que vive uma situação crítica não podem ser descorados já que um evento crítico inesperado na vida de uma pessoa pode ter efeitos catastróficos na rotina da sua família, produzindo grandes alterações nas vidas destas. Existem vários estudos que mostram benefício em manter a família da pessoa em situação crítica presente durante a abordagem e tratamento das mesmas. Estes benefícios incluem a possibilidade das famílias poderem ter a perceção que tudo está a ser feito pelo seu familiar, sentirem-se úteis para ajudar a pessoa e a equipa, partilharem informação sobre o seu familiar, manter as relações familiares e promover o luto em caso de perda (Leske [et al]; 2017).

Como Holmberg e Fagerberg (2010) referem, o cuidar dos enfermeiros pressupõe o encontro com o ser humano, em que o foco são várias dimensões éticas e morais que emergem da proximidade com a pessoa e família.

A presença da família torna-se ainda mais importante em situações críticas que ocorrem em contexto extra-hospitalar, antes ou durante o transporte para a unidade hospitalar. A família destas pessoas que se encontram em situações críticas estão muitas vezes presentes nos locais das ocorrências, sendo elas próprias que contactam os serviços de emergência extra-hospitalar.

Assim, e apesar do discurso dos enfermeiros se centrar na pessoa enquanto alvo de cuidados, o cuidar da pessoa em situação crítica em contexto pré-hospitalar deve ser igualmente centrado na mesma de forma holística, tornando assim a família um foco dos cuidados, tónica essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica (Sá [et al]; 2015).

Os cuidados de enfermagem relacionadas com a administração terapêutica também foram enunciadas e vão de encontro ao que se encontra consagrado no REPE, relativamente à intervenção dos enfermeiros, que de acordo com as suas competências:

“Procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais” (DL n.º 161/96, p. 2961).

A realização de ECG, expressa pelos participantes do estudo apontam para intervenções iniciadas ou executadas em colaboração com o médico e também foram narradas por dois participantes. Emerge deste tipo de intervenções a ideia de trabalho em equipa, fundamental em contexto de pré-hospitalar.

Em síntese, em relação a esta área temática, podemos inferir que os enfermeiros, integrantes da equipa de emergência, atuam autonomamente ou em interdependência com os restantes elementos da equipa, tal como prevê o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE): “as intervenções do Enfermeiro no contexto pré-hospitalar, quando interdependentes, requerem ações previamente definidas por protocolos de atuação, algoritmos e/ou planos de ação, que permitem aos enfermeiros ajuizar, organizar, executar, supervisionar e avaliar as suas intervenções” (DL n.º 161/96, p. 2961)

De acordo com estes requisitos estabelece-se que, no contexto pré-hospitalar caracterizado pela multidisciplinariedade, a intervenção do enfermeiro é de carácter autónomo, tanto na manutenção como na recuperação das funções vitais dos doentes, sendo que aqui a autonomia deve ser interpretada no sentido da independência da decisão de agir e da responsabilidade do enfermeiro. Indo de encontro ao descrito na alínea b) do artigo 79.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros onde o enfermeiro assume o dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega, mesmo os que decorram da prescrição de outros profissionais.

A Ordem dos Enfermeiros, integra estes requisitos como complemento e atualização ao REPE e especifica ainda que a “intervenção clínica no contexto pré-hospitalar tem por objetivo garantir à população, a prestação de cuidados de saúde em situações de doença súbita e/ ou acidente, assegurando, por todos os meios disponíveis, a mais correta abordagem e estabilização da vítima no local do acidente e o seu acompanhamento e vigilância durante o transporte até à receção em unidades de saúde adequadas” (OE, 2012).



De acordo com o exposto, consideramos que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, neste contexto de estudo, foram “cuidados centrados nas ações dos enfermeiros” (Basto & Portilheiro, 2003, p. 43), orientados essencialmente pelo modelo biomédico, mas também “cuidados centrados na pessoa” (idem) com base na relação enfermeiro-cliente.

Se tomarmos como modelo de análise a CIPE, por ser a linguagem classificada preconizada em Portugal pela OE, e analisando as intervenções dos enfermeiros de acordo com o eixo da ação da CIPE® – Versão Beta 2: observar, gerir, executar, informar e atender, de acordo com os dados obtidos, verificamos que a ênfase é atribuída às intervenções do tipo observar e executar onde se inserem cuidados relacionados com a avaliação do doente, monitorização do doente, estabilização do doente, execução de técnicas de imobilização e posicionamento, abordagem à via aérea e cuidados definidos em protocolos e algoritmos. Por outro lado, verificamos que as intervenções do tipo atender, gerir e informar, onde se inserem os cuidados relacionadas com o controlo de infeção, gestão da dor, com o apoio emocional à família e com a comunicação de más notícias são menos enfatizados pelos participantes do estudo.

### **Informação documentada**

Relativamente à informação documentada no contexto pré-hospitalar, a análise dos dados obtidos através das entrevistas, permitiu-nos identificar que por rotina prevalece a ausência de documentação. Segundo o relato da maioria dos enfermeiros, a documentação de cuidados de enfermagem não é frequentemente realizada, à exceção dos cenários multivítimas. No entanto, o discurso dos participantes não evidencia que a ausência de documentação esteja relacionada com a prática de cuidados a várias vítimas. Ao invés disso, os participantes apontam um conjunto de fatores que iremos discutir na área temática seguinte e que se relaciona com os fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem.

Assim, neste ponto de discussão, torna-se, para nós visível a sub-documentação dos cuidados de enfermagem. Ainda assim, quando questionados acerca dos cuidados que documentam emergiram dos discursos dos enfermeiros enquanto informação documentada em situações multivítimas, as subcategorias: identificação da vítima, avaliação da vítima, atuação da equipa e hipóteses diagnósticas. Tal informação vai de encontro aos campos específicos da ficha de registo médico à data do estudo (Anexo 2).

À data do estudo, os instrumentos de registo das VMER comportavam as fichas de registo médico, vulgarmente chamadas de verbete e a ferramenta informática ITEAMS e só em Agosto de 2020 o INEM colocou em circulação o novo Verbetes Nacional de Socorro, substituindo os anteriormente utilizados até então por Corporações de Bombeiros, Cruz Vermelha Portuguesa, Ambulâncias INEM, Motociclos de Emergência Médica, Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação, Helicópteros de Emergência Médica e Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória, uniformizando todos os registos. (INEM 2020)

De acordo com os participantes, o registo, à data do estudo, operacionaliza-se através do preenchimento de uma ficha, denominada Ficha de Registo Médico. Esta ficha contém três campos específicos, que são preenchidos manualmente.

O primeiro campo, relacionado com a identificação da vítima, contempla o tipo de ocorrência e os dados biográficos da vítima. O segundo campo relacionado com a avaliação da vítima contempla: sinais e sintomas, antecedentes pessoais e hábitos farmacológicos. Além destes, contempla ainda dados relativos à monitorização de sinais vitais, características da pele, escala de coma de Glasgow e características das pupilas. Relativamente à presença de lesões, tipo de lesão ou localização, também é registado neste campo de avaliação da vítima. O terceiro espaço de registo denominado atuação da equipa contempla dados relacionados com técnicas, fármacos e fluidos, decisão de transporte ou não transporte e a evolução da vítima.

Além deste espaço de registo, a ficha de registo médico contempla ainda um espaço para observações e hipóteses diagnósticas.

Da própria informação documentada não sobressaem aspetos relacionados com a tomada de decisão do enfermeiro na VMER, onde o registo é feito pontualmente (cenários multivítimas) e relaciona-se com informação organizacional. Apesar da informação organizacional estar relacionada com a atividade dos enfermeiros de natureza não clínica, este tipo de informação é também importante para a eficácia organizacional dos serviços, facto concordante com outros estudos realizados por Silva (2006).

Neste contexto, importa lembrar que a documentação em enfermagem é uma componente essencial, com significado clínico e legal, sendo que um instrumento de documentação pobre contribui para uma pior qualidade de cuidados (Prideaux, 2011).

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”.

Na opinião de autores como Basto & Portilheiro (2003) e Silva (2006), com a qual concordamos, há, no entanto, fatores que condicionam o conteúdo da documentação de enfermagem e que se relacionam, entre outros, com a própria conceção de cuidados de enfermagem. Estes autores referem que independentemente dos contextos de prestação de cuidados, os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e a documentação processada estão fortemente relacionadas com a sua própria conceção da enfermagem e dos cuidados de enfermagem. A este propósito Silva (2006) defende que é desejável o desenvolvimento das conceções de cuidados que ampliem o foco de atenção. No entanto, argumenta que esse é um processo relacionado com o próprio desenvolvimento pessoal.

Assim, ainda que circunscrito aos campos específicos para registo, emerge dos discursos dos participantes que os cuidados de enfermagem documentados não traduzem os cuidados de enfermagem prestado e a tomada de decisão do enfermeiro desvanece-se no processo de documentação, por outro lado, a escassa informação documentada centra-se em informação organizacional e informação relacionada com o domínio da função, como sinais e sintomas, sinais vitais e técnicas.

### **Fatores que interferem na documentação dos cuidados de enfermagem e sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem**

A prática de documentação dos cuidados (ou a falta dela) influencia a forma e o conteúdo dos registos, na medida em que pode estar associada a hábitos adquiridos e à falta de reflexão sobre as práticas.

De forma a possibilitar uma melhor sistematização da informação obtida, procedemos à análise conjunta das seguintes áreas temáticas: fatores que interferem na documentação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar e sugestões de melhoria da documentação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar por considerarmos que existem aspetos comuns no que diz respeito à discussão de resultados.

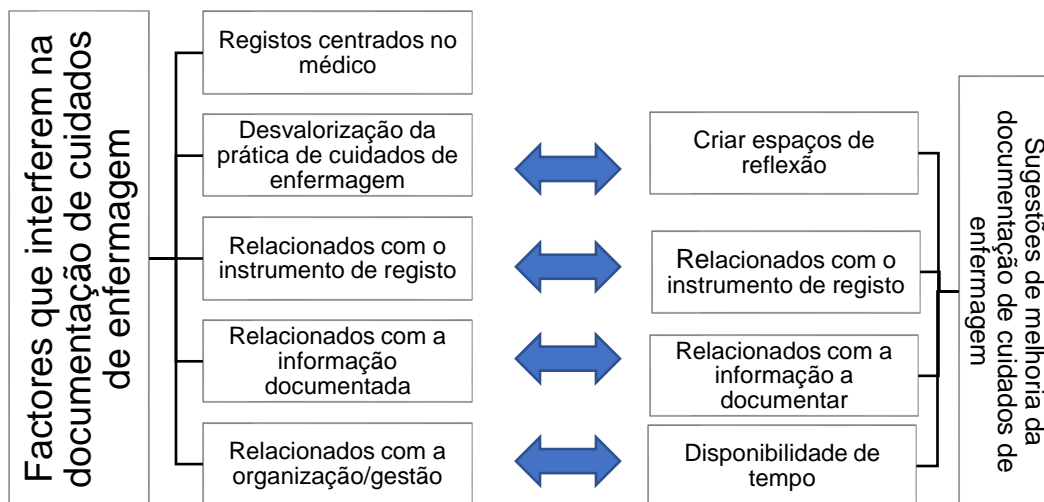
A documentação dos cuidados de enfermagem é influenciada por diversos fatores, que na perspetiva dos participantes se relacionam com os registos centrados no médico,

com a desvalorização da prática da documentação, com o instrumento de registo, com a informação documentada e com a organização/gestão.

Por outro lado, na voz dos participantes emergiram diversas sugestões no sentido de otimizar a documentação do processo de cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar, sugestões essas relacionadas com a criação de espaços de reflexão, com os instrumentos de registo, com a informação a documentar e com a organização/gestão.

Para compreendermos melhor a análise relativamente aos aspetos comuns, elaboramos o esquema que segue (Figura 7).

**Figura 4 - Fatores que interferem e sugestões de melhoria da documentação dos cuidados de enfermagem no pré-hospitalar: aspetos comuns.**



Os participantes referem nos seus discursos enquanto obstáculo à documentação de cuidados os **registos centrados no médico**, uma vez que, por rotina, é o médico que preenche os instrumentos de registo que a VMER tem à disposição.

Embora o contexto de pré-hospitalar-VMER seja caracterizado por um trabalho em equipa centrado na multidisciplinariedade e interdisciplinaridade entre médico e enfermeiro e tendo o enfermeiro a autonomia e o dever de documentar as suas intervenções dentro da equipa multidisciplinar emerge para nós a questão: Porque é que os enfermeiros que exercem a sua atividade em contexto pré-hospitalar, tendo autonomia para tal, não documentam os cuidados de enfermagem prestados em todas as ocorrências? No nosso entendimento, e através das narrativas dos participantes, sobressaem os fatores relacionados com o próprio enfermeiro.

Assim e analisando esta questão noutra perspetiva, entendemos que o fator que realmente influencia a documentação dos cuidados não está relacionado com o registo centrado no médico por rotina, mas na **desvalorização da prática de documentação de cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros**. Já que a análise dos dados nos sugere a existência de um conjunto de fatores associados à prática (ou à falta dela) da documentação dos cuidados por parte dos enfermeiros, como hábitos adquiridos, a falta de reflexão, motivação e interesse pessoal pela temática da documentação.

Estes achados convergem com a opinião de autores como Figueiredo (2007). Na apreciação do autor, o ato de documentar os cuidados de enfermagem é considerado pelos enfermeiros como pouco gratificante, árduo, e fora do trabalho assistencial. No mesmo sentido Figueirôa-Rego (2003) refere que grande parte dos profissionais de saúde considera o ato de documentar pouco interessante e difícil. Na nossa perspetiva, esta realidade é concordante com os resultados do nosso estudo e assume particular evidência, principalmente em contextos como o pré-hospitalar, onde a prática dos enfermeiros continua a ser orientada, essencialmente, pelo modelo biomédico.

Neste sentido, a **criação de espaços de reflexão sobre a necessária documentação**, foi uma das sugestões apontadas pelos enfermeiros, no sentido de valorizar a prática da documentação de cuidados de enfermagem.

Estes momentos de reflexão são referidos na literatura por autores dos quais destacamos Petronilho (2003) e Silva (2006). A este propósito, Petronilho (2003), num artigo, considera que estes espaços, são momentos privilegiados de reflexão sobre as práticas, servindo a CIPE® como pretexto para discussão sobre as práticas documentadas e por isso, podem constituir o elemento-chave da melhoria da qualidade dos cuidados.

Na perspetiva da maioria dos participantes, a documentação dos cuidados de enfermagem é também influenciada por fatores que se **relacionam com os instrumentos de registo**, tais como o *acesso condicionado aos enfermeiros*, o *difícil manuseio* e a *própria estrutura do instrumento*. Consideraram que não possuem perfil de acesso ao aplicativo informático ITEAMS e por isso o acesso é exclusivamente médico, uma vez que é ele (o médico) que possui a password de acesso ao aplicativo. Além disso evidenciaram nos seus discursos que a ferramenta informática é lenta na operacionalização e não contempla campos específicos para a documentação da atividade do enfermeiro.

Neste ponto de discussão, emerge para nós uma questão: Se os enfermeiros não têm acesso formal ao ITEAMS, como é que apontam obstáculos e sugestões de melhoria

relacionados com o próprio ITEAMS? É uma questão que, na nossa perspetiva, requer reflexão e análise, no entanto, na nossa opinião, esta questão está relacionada com a partilha de opiniões sobre o instrumento de registo entre a equipa médica e o enfermeiro.

Ainda assim, estes fatores alheios aos profissionais e de natureza técnica ou operacional, são referidos por Azevedo (2010), citando Yusof, que os menciona como influenciadores do uso do próprio sistema, ao afirmar “que é importante averiguar se o sistema serve as necessidades dos seus utilizadores, é amigável e de fácil utilização e se encaixa nos padrões de trabalho em uso na organização (p. 132).

Neste sentido, os participantes sugerem o acesso partilhado ao ITEAMS através da criação de perfis de acesso ao aplicativo, assim como a criação ou atualização da atual ferramenta informática no sentido de agilizar a sua operacionalização.

As questões relacionadas com a estrutura da ferramenta informática ITEAMS também foram mencionadas pela maioria dos enfermeiros enquanto obstáculo à documentação de cuidados de enfermagem. Neste sentido, consideraram que a estrutura do aplicativo não contempla campos específicos para a documentação de cuidados de enfermagem. O discurso dos participantes vai de encontro ao definido pela OE (2007) quanto refere que “ as aplicações informáticas devem ser desenvolvidas de modo a permitirem a documentação da prática de enfermagem, tendo em vista as diferentes finalidades dos registos dos processos de prestação de cuidados (...) e, além disto, devem contemplar a reengenharia e a inovação dos registos eletrónicos de enfermagem, por forma a garantir o desenvolvimento, a descrição e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem em todos os contextos da sua prática” .

A realidade é que o ITEAMS no seu separador “Diagnóstico e Terapêutica” contempla um campo denominado “Avaliação de enfermagem” (Anexo 4), mas que se encontra bloqueado, pelo que não é possível a documentação nesse espaço.

Neste sentido, a revisão da estrutura/conteúdo dos instrumentos de registo, também foi uma das sugestões apontadas pela maioria dos enfermeiros, e refere-se essencialmente à introdução de campos específicos para registo dos cuidados de enfermagem, indo de acordo com a norma descrita anteriormente pela OE. Esta estratégia, na perspetiva de Silva (2006) é também importante, de forma a evitar a cristalização dos conteúdos.

Neste ponto da discussão, emerge para nós uma questão essencial e que se reporta à ferramenta informática ITEAMS do INEM. Sendo o INEM um Organismo do Ministério da Saúde, deveria o ITEAMS fazer parte integrante da Rede de Informação da Saúde

(RIS), com base nos mesmos pilares dos Sistemas de informação em Enfermagem permitindo a inclusão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados e a integridade referencial dos dados? (Pereira, 2009).

Tal questão remete-nos para uma sugestão enunciada por dois participantes e que está relacionada com a *interoperabilidade*. O discurso destes participantes sugere uma melhor articulação entre o ITEAMS e os restantes sistemas de informação em saúde, referindo mesmo que estes deveriam funcionar em rede.

Neste sentido, Sousa (2012) refere que o desenvolvimento dos sistemas de informação tem colocado enormes desafios centrados na interoperabilidade entre os sistemas de informação em uso.

Embora a literatura nos remeta com frequência para a interoperabilidade técnica, como o desafio central para manter os sistemas de informação interoperáveis, esta não se limita a essa dimensão. O mesmo autor refere que o desafio centra-se na interoperabilidade semântica, quando se faz referência à partilha de dados produzidos pelos enfermeiros, em particular à sua compreensão pelos utilizadores, mantendo o objetivo operacional e clínico, o contexto e o significado da informação.

Desta forma, concordamos com autor quando refere que é necessário garantir que a criação de novos sistemas de informação ou os futuros desenvolvimentos de sistemas de informação existentes assegurem uma visão integradora ao nível da interoperabilidade e do conhecimento da disciplina de Enfermagem (Sousa, 2012).

Relativamente à **informação documentada**, os enfermeiros questionaram o *tipo de informação documentada*, não havendo margem para a documentação de cuidados que evidenciem a tomada de decisão do enfermeiro o que, para os participantes do estudo, condiciona a documentação de cuidados. Estes achados sugerem-nos que o processo de tomada de decisão do enfermeiro não transparece para a documentação de enfermagem pelo que concordámos com Leite (2016) quando refere que é necessário resolver o problema da sub-documentação da assistência de enfermagem.

Embora os enfermeiros prestem cuidados maioritariamente do tipo observar e executar, ou seja, a avaliação, monitorização, estabilização e técnicas, a documentação desses cuidados é realizada de forma pontual (cenário multivítimas) e reduz-se apenas a clicar em técnicas e sinais vitais.

Deste ponto de vista, Jefferies [et al] (2010), refere que a documentação deve conter o trabalho efetivamente realizado pelo enfermeiro, incluindo a educação e o suporte psicológico, e as intervenções de enfermagem devem ser documentadas de modo a

poderem demonstrar os cuidados prestados e a tomada de decisão. Assim, esta deve ser estruturada de forma a evidenciar o benefício das mesmas, justificar a sua necessidade, mencionar o que foi realizado e o resultado no cliente.

Em sintonia com o pensamento do autor, os enfermeiros sugerem nos seus discursos que todos os cuidados de enfermagem, sejam intervenções autónomas, interdependentes ou os cuidados à família, devem ser documentados, incluindo assim, além das intervenções do tipo observar e executar, as intervenções do tipo gerir, atender e informar.

A esta mesma conclusão chegaram também Jefferies [et al] (2010). Estas autoras referem que a documentação de enfermagem, muitas vezes, não representa mais que uma lista de tarefas executadas no turno. Os registos relatam, principalmente, o cumprimento das prescrições médicas e a execução das atividades de rotina, com conteúdos incompletos, simples, fragmentados e repetitivos (Björvell [et al], 2003; Ochoa-Vigo [et al], 2001; Silva, 2006 e Sousa, 2006).

No entanto, a documentação de todos os cuidados prestados, sugerida pelos entrevistados, pode ser encarda como problemática já que Azevedo (2010) refere que o aumento no volume de informação pode condicionar a tomada de decisão e “(...) dar origem a erros com repercussões diretas na saúde dos cidadãos” e a partir de determinado momento atinge-se “(...) um ponto de saturação, a partir do qual ao aumento de informação disponível, não corresponde um aumento da sua utilização” (p. 39).

Em relação ainda à **informação documentada**, apenas um participante do estudo faz referência à *inexistência de uma linguagem classificada* utilizada no processo de documentação de cuidados no pré-hospitalar enquanto fator que interfere na documentação de cuidados de enfermagem o que nos permite deduzir a opção do participante por esta uma linguagem.

De facto, Barra & Dal Sasso (2012) referem que a linguagem classificada da CIPE® inclui todos os elementos que constituem a prática de enfermagem e possibilita aos enfermeiros a organização e o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo de cuidar, pois estabelece uma relação concreta entre a avaliação, os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem.

No entanto, as sugestões de dois participantes centram-se na documentação de cuidados sob a forma de texto livre ou de acordo com a abordagem ABCDE. Embora a linguagem natural em texto livre seja apontada como “imprescindível para a adequada descrição dos cuidados de enfermagem” (Silva, 2006, p. 272), na nossa opinião, á



semelhança de Sousa (2012), ela não se deve impor à documentação em linguagem classificada, uma vez que, o standard internacional de terminologia de enfermagem assumido pela OE e pelo próprio governo português, é a CIPE®.

Relativamente à documentação de cuidados de acordo com a abordagem ABCDE sugerida pelos participantes, Ferreira (2014) num estudo com objetivo de criar uma checklist de avaliação primária do doente na Sala de Emergência, baseada na abordagem ABCDE, como método facilitador dos registos de enfermagem, concluiu que a abordagem através da *checklist* promove o grau de satisfação dos enfermeiros quanto aos registos na sala de emergência e facilita os registos de enfermagem.

Contrariamente ao supracitado, e relativamente à documentação de acordo com a abordagem ABCDE, Mota [et al] (2019), refere que as respostas individuais e pessoais do doente podem ser negligenciadas por deficiência da abordagem adotada, e por isso a definição de um planeamento de cuidados à luz da singularidade de cada indivíduo pode e deve ser assegurada.

As questões relacionadas com a **organização/gestão** foram também fatores que emergiram do discurso dos participantes, como fortemente condicionadores da documentação dos cuidados de enfermagem. A disponibilidade de tempo e a própria condução da viatura surgem nas narrativas dos participantes enquanto obstáculos à documentação de cuidados.

Da literatura consultada sobre os registos de enfermagem, destacaram-se alguns aspetos que podem justificar estes resultados, uma vez que são assumidos por alguns autores como obstáculos à sua elaboração: a precarização do trabalho de enfermagem e a escassez de recursos humanos que, acarretam perdas substanciais na qualidade e segurança dos cuidados. (Pimpão et al, 2010)

A falta de tempo, falta de incentivo, a descoordenação e mistura de conceitos, o descrédito face à utilidade dos registos de enfermagem, a persistência na continuidade do modelo biomédico e a indefinição do conceito e da importância do diagnóstico de enfermagem” foram outras barreiras importantes identificadas por Leal (2006, p.48) à elaboração de registos.

Leal (2006) refere ainda que a falta de tempo coloca muitas vezes os enfermeiros perante o dilema de decidirem entre a sua elaboração ou a prestação de cuidados ao utente.

Ficou ainda expressa a dificuldade relacionada com a condução da VMER. Tal como já se referiu anteriormente, esta viatura é conduzida por um elemento da equipa de emergência e esta característica coloca, na perspetiva dos participantes, um obstáculo

à documentação de cuidados de enfermagem, uma vez que o registo dos dados relativos à ocorrência é realizado muitas vezes durante o percurso de regresso à base.

Relativamente à função de condução da VMER, de acordo com parecer CJ 121/2012 do Conselho Jurisdicional da OE (2012) “o enfermeiro tem a função acrescida de condução da VMER, para a qual detêm as necessárias e obrigatórias competências em condução de veículos em marcha de emergência”.

No entanto, face às dificuldades encontradas relacionadas com este ponto, e tal como é evidenciado por alguns participantes em jeito de sugestão, importa considerar a possibilidade se repensar as tarefas que os enfermeiros executam no contexto pré-hospitalar e se essas mesmas tarefas se incluem no âmbito de competências dos enfermeiros que exercem funções no pré-hospitalar.

Para finalizar, consideramos que compreender e minimizar os fatores que interferem no processo de documentação dos cuidados de enfermagem, é essencial para a garantia da qualidade dos dados documentados e dos próprios cuidados de enfermagem.

## **Contributos da documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar**

Os participantes consideraram que a documentação dos cuidados de enfermagem pode contribuir para a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, bem como para a investigação, visibilidade, auditoria e servir como suporte legal. Estes contributos, associados à documentação de enfermagem, têm sido amplamente referenciados na literatura por autores como Björvell [et al](2003), Doenges & Moorhouse (2010), Figueirôa-Rego (2003), Jefferies [et al] (2010), Leal (2006), Sousa (2006) e Teixeira & Cardoso (2003).

De entre os participantes no estudo, fazem parte enfermeiros que exercem funções no pré-hospitalar e concomitantemente, nos serviços de urgência. Pelo facto de exercerem funções nestes dois contextos, emergiu dos discursos dos participantes a importância da documentação de cuidados para a continuidade dos mesmos. Os participantes referem que a passagem de informação é frequentemente baseada num contexto informal e apenas com recurso à exposição verbal entre a equipa do pré-hospitalar e a equipa da urgência, não fazendo referência à técnica ISBAR na transição de informação na transmissão de cuidados.

Os dados emergentes dos discursos sugerem-nos que a informação considerada importante não é transmitida e o reflexo da tomada de decisão do enfermeiro do pré-hospitalar desvanece-se no momento da partilha de informação já que os instrumentos de documentação utilizados “não expressam a extensão, complexidade e importância daquilo que foi realizado pela equipa de enfermagem” (Pimpão [et al.], 2010, p. 408):

Neste sentido Azevedo (2012), refere que a informação disponível além de influenciar as ações de enfermagem depende do contexto em que ocorre a prestação de cuidados e interfere também com o conteúdo e interpretação, que é de carácter individual.

Na mesma linha de pensamento, Leal (2006) refere que a documentação dos cuidados de enfermagem constitui uma valiosa e permanente fonte de informação, na medida em que favorece um meio de comunicação entre os profissionais, contribuindo desta forma, para a continuidade de cuidados. No entanto, para que tal seja conseguido torna-se necessária a elaboração de registos de enfermagem de qualidade, ancorados numa atitude mais reflexiva dos profissionais e na “(...) existência de uma verdadeira política de registos dos cidadãos” (Jesus & Sousa, 2011, p. 228).

Neste ponto de discussão, emerge para nós a oportunidade de criação de estratégias de intervenção válidas para melhorar a articulação entre estes dois contextos de assistência com base nos fluxos de informação existentes.

Um outro aspeto que está relacionado e dependente da continuidade da informação é a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Os participantes do estudo, cientes do valor que este aspeto assume no contexto da saúde das populações, em geral e da enfermagem em particular, referiram-se a ele como fortemente relacionado com a necessária documentação. No mesmo sentido, Pereira (2009) refere que o reconhecimento do valor da informação, enquanto recurso passível de gestão, constitui um fator capaz de melhorar a qualidade dos dados disponíveis. Também Costa Linch (2010) refere que a qualidade dos cuidados de enfermagem está diretamente relacionada com o conteúdo dos registos.

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

No enunciado descritivo n.º 6, dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a OE (2011) enuncia a necessidade 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 RMDE e core de indicadores de enfermagem direcionados para o atendimento da pessoa em situação crítica” (p. 7)

Daqui deduzimos que a documentação de cuidados de enfermagem deve ser capaz de produzir indicadores válidos, que integrados em programas de melhoria contínua da qualidade, contribuam para uma melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

O facto da documentação de enfermagem contribuir ainda para a visibilidade do papel do enfermeiro emergiu dos discursos proferidos, referindo os participantes que a documentação pode contribuir para a visibilidade do papel e campo de competências dos enfermeiros no contexto de pré-hospitalar.

Assim, dos discursos dos entrevistados emergiu a importância que os enfermeiros atribuem à necessária documentação de cuidados no sentido de incrementar a visibilidade social do exercício profissional no pré-hospitalar. Este facto reveste-se de uma enorme importância, tendo em conta, os esforços de contenção de despesas que se fazem sentir atualmente na área da saúde. Como afirma Silva (2006, p. 19), “Reduz-se no que se entende ser dispensável, não se poupa no que é contributo relevante para os ganhos em saúde das populações (ou assim deveria ser)”.

Os enfermeiros conhecem a importância do seu desempenho profissional junto do utente, potenciando o aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados à sociedade, no 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; Pinto, 2009). Além disso, o reconhecimento dos cuidados de Enfermagem só é possível se as práticas forem demonstradas publicamente (Benner, 2001).

Como afirma Silva (2006, p.19) “Faz sentido relembrar 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”.

Dois dos enfermeiros participantes referiram-se à importância da informação documentada para a **investigação** na medida em que os dados resultantes podem ser fonte de matéria-prima para trabalhos na área de investigação

Este aspeto pode estar associado com o incipiente aproveitamento estatístico dos dados, ou instrumentos de registo inadequados, existindo a perceção, por parte dos enfermeiros, que os registos não são usados nessa vertente mais conceptual, mas numa vertente mais operacional, não permitindo, ainda, uma eficiente comparação de dados e padrões de cuidados de enfermagem entre diferentes unidades de saúde, populações, regiões e períodos temporais, colocando limitações à investigação em enfermagem neste domínio específico. Na mesma linha de pensamento, Pereira (2009) refere que os registos de enfermagem constituem um repositório de matéria-prima que pode subsidiar a investigação sobre o cuidar em enfermagem, no entanto, a qualidade da informação depende dos dados que lhe dão origem.

É neste sentido que uma das finalidades da linguagem classificada é a de “estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação” o que nos remete para a questão dos sistemas de informação em enfermagem no contexto de pré-hospitalar (Silva, 2006).

Na perspetiva dos participantes, a documentação de cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar pode beneficiar os processos de **auditorias**. A função de auditoria é referida por Rodeia (1993) quando refere que “devemos ter sempre presente que os registos servem para controlar e avaliar a assistência de enfermagem” (p. 94). Os registos são cada vez mais valorizados nas organizações de saúde como meio de avaliar e assegurar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados. Importa, no entanto, referir, que os enfermeiros consideram que os atuais instrumentos de registo não refletem os cuidados realmente prestados, pelo que os resultados de processos de auditoria com base nos atuais instrumentos de registo, podem ser enviesados.

A documentação de cuidados de enfermagem, também, compreendida pelos participantes do estudo como importante devido à sua funcionalidade como **prova documental/ legal** dos cuidados de enfermagem prestados ao utente.

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

Neste sentido, o próprio Código Deontológico do Enfermeiro também esclarece que a ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização com as implicações que decorrem dessa possibilidade. Daqui se pode inferir que os registos de enfermagem têm validade legal na medida em que constituem prova de que um cuidado foi ou não realizado (Leal, 2006), daí que estes devem “transmitir com rigor tudo o que se passou e tudo o que é importante partilhar” (Hesbeen, 2000, p. 144).

A importância que o conteúdo da documentação pode ter em termos jurídicos orientados para a questão da validade da informação, que, muitas vezes, se encontra documentada ou que não foi documentada. Para serem válidos, os registos devem indicar o comportamento do doente, os cuidados que foram prestados em resposta aos diagnósticos de enfermagem e a resposta do doente a esses mesmos cuidados. De acordo com Ramalhão (1996), a ausência de registos pode, por si só, ser tida como demonstração de negligência ou encobrimento.

Para terminar esta discussão de resultados, e no sentido de resumir toda a informação, apresentamos na figura 8 um esquema síntese, onde se visualizam todas as áreas temáticas e categorias, bem como os aspetos comuns que deram resposta aos objetivos deste estudo.

**Figura 5 - Documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar:**

**VMER**







## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**



Ao longo dos capítulos anteriores contextualizamos teoricamente a temática abordada e partilhamos todo o percurso de investigação efetuado para a consecução deste estudo.

Neste capítulo, pretendemos refletir sobre esse percurso e extrair o que de mais importante se nos expõe, para daí retirarmos conclusões válidas, apresentarmos as nossas perspetivas futuras e lançar alguns desafios consequentes com essas perspetivas.

A escolha deste tema resultou de uma motivação e necessidade pessoal e acreditamos que deste trabalho emergem conclusões que podem contribuir para uma melhor documentação dos cuidados de enfermagem no contexto pré-hospitalar e consequentemente melhores práticas de cuidados de enfermagem neste contexto.

Assim, e partindo de uma problemática centrada na documentação dos cuidados de enfermagem num contexto muito particular que é o pré-hospitalar, procuramos na bibliografia os conceitos e teorias que nos permitiram precisar e aprofundar esta problemática. Nesta procura pelo estado da arte, a escassez de estudos impôs-se como uma das principais limitações encontradas durante a execução do estudo. No entanto, a inexistência de estudos no âmbito específico dos registos de enfermagem produzidos em contexto pré-hospitalar abre as portas a futuras investigações.

Posto isto, estruturamos o nosso quadro conceptual em torno de dois eixos principais: a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, onde incluímos as diferentes conceções de cuidados de enfermagem, e a emergência pré-hospitalar, onde incluímos o papel do enfermeiro neste contexto e a problemática da documentação de cuidados de enfermagem.

O ambiente de intervenção pré-hospitalar é feito de especificidades que o diferenciam e lhe acrescentam complexidade. Salienta-se a sua pluridisciplinaridade de ação em articulação funcional com diferentes atores e funções para além do âmbito clínico.

Na atualidade, fruto de diferentes conceções teóricas e opções estratégicas na operacionalização do socorro no pré-hospitalar nos diversos sistemas de saúde a nível mundial, as linhas conceituais orientadoras da prática de enfermagem nesta área alicerçam-se essencialmente na lógica do modelo biomédico, cuja operacionalização se consubstancia nos cuidados prestados em função da dicotomia saúde/doença.

A ausência de um modelo teórico que dê suporte às práticas dos enfermeiros no pré-hospitalar fragiliza substancialmente a identidade destes profissionais, que se veem desprotegidos de um modelo conceptual que personaliza a Enfermagem enquanto disciplina e profissão, pois é a conceção de enfermagem que os enfermeiros detêm, que

orienta os cuidados prestados e, conseqüentemente, a informação por eles documentada.

Foi neste contexto que consideramos pertinente a realização deste estudo, ancorado numa metodologia qualitativa, de carácter exploratório e descritivo, e com o qual pretendemos compreender a perceção dos enfermeiros relativamente à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER

Da análise dos dados emergiram um conjunto de conclusões que nos ajudam a compreender a realidade da temática em estudo e que passamos a apresentar:

**Os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica em contexto de pré-hospitalar** englobaram intervenções de enfermagem centradas essencialmente na avaliação do doente, na monitorização e estabilização do indivíduo vítima de acidente e/ou doença súbita, de forma a garantir a manutenção das funções vitais.

Concluimos ainda que os enfermeiros prestam cuidados relacionados com a prevenção de complicações como técnicas de imobilização e posicionamento, cuidados relacionados com o controlo de infeção e gestão da dor. Cuidados definidos em protocolos e algoritmos, a abordagem à via aérea e a administração terapêutica são também enunciados pelos participantes do estudo enquanto cuidados de enfermagem prestados.

Dos cuidados prestados dirigidos à família concluimos que são menos enfatizados pelos enfermeiros e compreendem o apoio à família e a comunicação de más notícias.

Concluimos assim que, sendo os cuidados de enfermagem definidos de acordo com o REPE como intervenções autónomas e interdependentes existe uma indefinição relativamente às intervenções autónomas dos enfermeiros neste contexto caracterizado pela interdisciplinaridade, pelo que se sugerem estudos neste sentido. Da mesma forma, sendo a CIPE considerada pela Ordem dos Enfermeiros como referencial de linguagem obrigatório, concluimos que os cuidados prestados em contexto pré-hospitalar estão relacionados com diagnósticos de enfermagem do domínio da função em detrimento de outros domínios incluídos na CIPE®. No mesmo sentido, a ênfase é atribuída às intervenções do tipo observar e executar onde se inserem cuidados relacionados com a avaliação do doente, monitorização do doente, estabilização do doente, execução de técnicas de imobilização e posicionamento, abordagem à via aérea e cuidados definidos em protocolos e algoritmos. Por outro lado, as intervenções do tipo atender, gerir e informar, onde se inserem os cuidados relacionadas com o controlo de infeção, gestão

da dor, com o apoio emocional à família e com a comunicação de más notícias são menos enfatizados pelos participantes do estudo.

De acordo com o exposto, consideramos que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, neste contexto de estudo, foram cuidados centrados nas ações dos enfermeiros, orientados essencialmente pelo modelo biomédico, mas também cuidados centrados na pessoa. Menos enfatizados pelos participantes do estudo, consideramos os cuidados à família.

**A informação documentada** relacionou-se essencialmente com a identificação do doente, a avaliação do doente e a atuação da equipa. A informação associada aos cuidados de enfermagem da família/prestador de cuidados, não adquiriu, neste contexto, uma visibilidade significativa. A informação documentada circunscreve-se aos campos de registo e é realizada pelo enfermeiro apenas em cenários multivítimas fazendo sobressair a sub-documentação de cuidados de enfermagem.

Dos resultados deste estudo, concluímos que relativamente à informação documentada, além de não ser uma prática habitual dos enfermeiros, trata-se de uma informação maioritariamente organizacional, onde se inserem aspetos mais tecnicistas da prática dos cuidados de enfermagem.

A informação documentada relacionada com a identificação da vítima relaciona-se com os dados biográficos e contempla: sinais e sintomas, antecedentes pessoais e hábitos farmacológicos. Além destes, contempla ainda dados relativos à monitorização de sinais vitais, características da pele, escala de coma de Glasgow e características das pupilas. Relativamente à presença de lesões, tipo de lesão ou localização, também é registado neste campo de avaliação da vítima. O terceiro espaço de registo denominado atuação da equipa contempla dados relacionados com técnicas, fármacos e fluidos, decisão de transporte ou não transporte e a evolução da vítima.

Percebemos através dos discursos dos participantes que a informação que é documentada, não é representativa dos cuidados de enfermagem que são prestados na totalidade, nem traduz a tomada de decisão do enfermeiro. Os cuidados de enfermagem dirigidos à família e os cuidados de enfermagem do tipo gerir, atender e informar ficam omissos nos atuais instrumentos de registo.

Além disso, entendemos existir um problema de sub-documentação, assumido pelos participantes do estudo, e que está associado à prática da documentação apenas em situações de exceção. Nas restantes ocorrências o registo centra-se no médico. Posto isto, entendemos como oportuno, novos estudos na área que tentem responder à baixa efetividade dos registos por parte dos enfermeiros.

**Dos fatores que interferem na documentação** do processo de cuidados em contexto pré-hospitalar, destacaram-se como dificultadores, os cenários multivítimas, os registos centrados no médico, a desvalorização da prática da documentação, com o instrumento de registo, com a informação documentada e com a organização/gestão.

Os fatores que interferem na documentação de cuidados de enfermagem são vários. Além dos expostos anteriormente, emergiram também dos discursos dos enfermeiros obstáculos que se relacionam com questões técnicas às quais os enfermeiros são alheios: o acesso condicionado, operabilidade do instrumento e a própria estrutura do instrumento.

É comum aceitar-se que as questões relacionadas com a documentação dos cuidados não constituem uma área de interesse e motivação dos enfermeiros. Também neste estudo, o interesse e a motivação de cada profissional relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem condiciona negativamente o que é documentado, reportando-se a hábitos adquiridos e essencialmente à falta de reflexão sobre a temática.

Ainda que menos enfatizado, os enfermeiros referem o tipo de informação documentada como um obstáculo à documentação de cuidados de enfermagem. O tipo de informação documentada e a inexistência de uma linguagem classificada que suporte os registos de enfermagem é entendido na voz de alguns participantes como um obstáculo à documentação. Tal facto permite-nos concluir que a inclusão de uma linguagem classificada nos atuais instrumentos de registo representaria uma mais-valia ao processo de documentação.

Sendo a CIPE a linguagem adotada pela OE e pelo Governo português, entendemos que a sua inclusão no ITEAMS seria tão oportuna como desafiante, pelo que trabalhos de investigação na área poderiam fornecer os contributos necessários quanto à sua aplicabilidade.

Além dos referidos anteriormente, a falta de tempo para documentar e o facto de os enfermeiros terem a função acrescida de condução da VMER surge nos discursos dos participantes como um fator que condiciona o processo de documentação.

**Das sugestões que emergiram no sentido do otimizar a documentação dos cuidados de enfermagem**, percebemos que estão diretamente relacionadas com os fatores que interferem na documentação. Destes, destacamos a criação de momentos para reflexão das práticas de documentação de cuidados, sugestões relacionadas com a ferramenta informática, o tipo de informação a documentar e sugestões relacionadas com a organização/gestão.

Das sugestões relacionadas com o instrumento de registo sobressai a necessidade de acesso à ferramenta informática ITEAMS, a otimização da ferramenta informática e a interoperabilidade com outros sistemas de informação. Relativamente ao tipo de informação a documentar, os enfermeiros sugerem que toda as intervenções dos enfermeiros possam ser documentadas, enfatizando a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação de cuidados de enfermagem.

A apresentação da informação é sugerida pelos enfermeiros sob a forma de texto livre ou de acordo com a abordagem ABCDE e na opinião dos participantes as tarefas que os enfermeiros executam fora do âmbito das suas competências deveriam ser repensadas.

Posto isto, entendemos que refletir sobre o conteúdo da informação pode ser um contributo importante para o desenvolvimento pessoal de cada um, possibilitando também o desenvolvimento de modelos de cuidados orientados mais numa lógica do cuidar centrado na pessoa.

A interoperabilidade pode fornecer contributos importantes no que à continuidade de cuidados de enfermagem diz respeito. Por isso, consideramos oportuno e desafiante estudos na área da interoperabilidade, mais concretamente na interoperabilidade técnica e semântica, que no nosso entender pressupõe a adoção de uma linguagem classificada, respondendo assim às necessidades dos enfermeiros quanto ao tipo de informação a documentar.

**Dos contributos atribuídos à necessária documentação dos cuidados de enfermagem**, destacou-se a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, bem como para a investigação, visibilidade, auditoria e suporte legal. Todos estes contributos constituem uma preocupação dos enfermeiros, relacionada com a falta de informação processada.

A passagem de informação é frequentemente baseada num contexto informal com recurso à exposição verbal entre a equipa do pré-hospitalar e a equipa da urgência sendo que a informação considerada importante não é transmitida.

Sobressai ainda a importância que os enfermeiros atribuem à necessária documentação de cuidados no sentido de incrementar a visibilidade social do exercício profissional no pré-hospitalar que na atualidade se vê ameaçada por outros profissionais.

Enquanto contributo, os enfermeiros evidenciam que os dados resultantes da documentação podem servir de fonte de matéria-prima para trabalhos na área de investigação, assim como beneficiar os processos de auditorias.

A documentação de cuidados de enfermagem, também, compreendida pelos participantes do estudo como importante devido à sua funcionalidade como prova documental/ legal dos cuidados de enfermagem prestados ao utente. Existe a percepção de que não é suficiente realizar determinada intervenção, é necessário também a sua documentação, constituindo o registo uma prova legal da ação do enfermeiro.

Em síntese, concluímos que dos poucos momentos em que o enfermeiro regista alguma informação, dessa informação mais organizacional não sobressaem os cuidados de enfermagem prestados na totalidade à pessoa/família em situação crítica, assim como não traduzem a tomada de decisão do enfermeiro.

O grande desafio, na nossa perspetiva, centra-se essencialmente na interoperabilidade dos sistemas e inclusão de uma linguagem classificada de enfermagem nos instrumentos de registo, conforme sugerido pelos participantes.

Os contributos da necessária documentação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar são entendidos como importantes para a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, bem como para a investigação, visibilidade, auditoria e suporte legal o que evidencia a importância que os enfermeiros atribuem à documentação de cuidados neste contexto.

A dificuldade de afirmar a diferenciação do exercício profissional dos enfermeiros, sempre esteve presente no desenvolvimento da profissão. Até hoje sempre tivemos dificuldade em demonstrar as áreas onde a enfermagem se diferencia pelos resultados que visa quando comparamos com as tarefas de outros, em produzir resumos mínimos de dados de enfermagem de forma a produzir informação válida acerca do contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.

Sentimos que não é diferente neste contexto de trabalho, se repararmos na atualidade social da atividade, constatamos que a contestação em torno da nossa intervenção e da sua necessidade junto da população é quase constante e latente. Embora para os atores enfermeiros lhes pareça óbvia e imprescindível a sua intervenção, incomoda-nos que até hoje ainda não tenhamos conseguido demonstrar esta importância e imprescindibilidade, no interior e no exterior da classe. E a este propósito, Bandeira (2008) diz que as ações de urgência extra-hospitalares, não são médicas nem deixam de o ser. As pessoas é que precisam ou não de auxílio, médico, de enfermagem ou paramédico.

Refletindo no desempenho da atividade, na troca de experiências e na partilha de percepções com os enfermeiros e outros pares neste cenário de intervenção tanto nacional, como internacionalmente, ficamos com a noção que o trabalho desenvolvido



pela Enfermagem Pré-Hospitalar, não está suficientemente descrito e documentado. Embora a atividade das VMER já conte com quase duas décadas, e já contarmos com mais de quatro anos de experiência de ambulâncias SIV, temos até agora disponíveis poucos documentos ou trabalhos que regulem, explanem ou documentem a atividade.

### **Perspetivas futuras**

O desenvolvimento deste estudo, as sugestões apontadas pelos participantes e as conclusões obtidas permitiram-nos delinear um conjunto de perspetivas futuras para a prática de cuidados em saúde e subsequente documentação dos mesmos, assim como para a investigação.

É nosso objetivo a partilha dos resultados com a equipa de enfermagem onde o estudo se desenvolveu, entendemos por isso que esta partilha poderá proporcionar momentos de reflexão acerca da prática e da natureza dos cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar, assim como a prática da documentação dos mesmos.

Consideramos importante o desenvolvimento de estudos nesta área, no sentido de definir a necessidade em cuidados de enfermagem da pessoa em situação crítica, o domínio da intervenção autónoma do enfermeiro e a conseqüente visibilidade dos cuidados de enfermagem e dos benefícios destes para este grupo de doentes.

Sugerimos ainda, a reestruturação da reengenharia dos aplicativos informáticos de documentação, no sentido de permitir uma melhor e mais fácil acessibilidade por parte dos enfermeiros, assim como o desenvolvimento de *softwares* que integrem no seu *backend* os catálogos CIPE® ou a Ontologia de Enfermagem no âmbito dos cuidados em contexto de pré-hospitalar.

Acreditamos só assim ser possível promover a formalização do conhecimento da disciplina e a identificação de necessidades de investigação, evoluindo para sistemas que ajudem na conceção dos cuidados, facilitando a produção nacional de indicadores relativos ao exercício profissional dos enfermeiros neste contexto. Neste sentido, sugerimos ainda a criação de sinergias que garantam a interoperabilidade entre os instrumentos de documentação do INEM e os restantes SIS de forma a garantir a continuidade de cuidados.

No sentido de agilizar e melhorar o conteúdo da informação documentada, consideramos importante a realização de estudos relacionados com a informação considerada importante documentar para o contexto deste estudo.

De acordo com as sugestões apontadas pelos enfermeiros consideramos importante a dinamização de momentos de reflexão sobre as tarefas que os enfermeiros realizam e

que se relacionam com o tempo disponível para a documentação de cuidados e com a própria condução da VMER.

Entendemos que este estudo poderá contribuir para o fomento da investigação no âmbito da prestação de cuidados de emergência no pré-hospitalar como uma das estratégias mais relevantes para que a Enfermagem consolide o seu espaço neste contexto e no futuro possam ser incluídos modelos de planeamento de cuidados que promovam a saúde física, emocional e social das pessoas/famílias socorridas no pré-hospitalar.

Emergiram contributos importantes na definição da identidade da Enfermagem no contexto pré-hospitalar, no entanto, entendemos que o desenvolvimento de investigação pelos enfermeiros do pré-hospitalar em Portugal reclama maior urgência, para que a profissão se solidifique como um todo, num campo cuja indefinição de profissões é, em si, uma preocupante ameaça. Por isso, consideramos uma mais valia dar continuidade a este estudo, alargando-o a outras VMER, e que inclua a participação dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Paulo Manuel Dias da Silva. *Partilha de informação de enfermagem sobre prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Tese de mestrado. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010.

BANDEIRA, Romero. *Medicina de Catástrofe: Da Exemplificação Histórica à Iatroética*. Porto, Editora da Universidade do Porto, 2008. ISBN 978-972-8025-72-4, pp. 319.

BARDIN, Lawrence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASTO, Marta Lima e PORTILHEIRO, Catarina – Concepções de Cuidados de Enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, n.º 7. Fevereiro de 2003, pp. 42-51.

BENNER, Patricia. *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BJÖRVELL, Catrin. *Nursing documentation in clinical practice: instrument development and effects of a comprehensive education programme*. Stockolm. Sweden: Karolinska Institutet, Department of Nursing, 2002. ISBN: 91-7349-297-3.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2003.

COLLIÉRE, Marie-Françoise. *Promover a vida*. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.

CONSELHO JURISDICIONAL – Legitimidade de registos efectuados por alunos de enfermagem no processo clínico. Parecer CJ 36/2005. Ordem dos Enfermeiros, n.º 17. Julho de 2005, p. 20. ISSN 1646-2629.

COSTA LINCH, Graciele Fernanda; MULLER-STAU, Maria e RABELO, Eneida Rejane. Qualidade dos registos de enfermagem e linguagem padronizada: análise e comentários. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 9 (2). [Em linha] 2010.

COUTINHO, C. P. *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*, 2.ª edição, 2014. Coimbra: Almedina.

DECRETO-LEI n.º 104/98, *DR I Série*. 93 (1998/04/21) 1739-1757, alterado e republicado em Anexo à LEI n.º 111/2009, *DR I Série*. 180 (2009/09/16).

DECRETO-LEI n.º 161/96, *DR I Série*. 205 (1996/09/04) 2959-2962

DECRETO-LEI n.º 220/07, *DR, I Série*. Nº 103 (29-05-2007).

DECRETO-LEI n.º 248/2009, *DR I Série*. 184 (2009-09-22) 6761-6763.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. (2013). *Plano estratégico nacional de prevenção e controlo da dor (PENPCDor)*. Lisboa, Portugal: DGS. Recuperado em: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-aa-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Norma 001/2017, *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde* [em linha]. Lisboa, 2017 [consult. 30 abr 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary Frances. *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8.

FIGUEIREDO, Rita Maria de Sousa de Abreu – *A pessoa em fim de vida no hospital: modelos de cuidados que emergem da documentação de cuidados*. Tese de Mestrado, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.

FIGUEIRÔA-REGO, S. Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar Enfermagem*, 7, 2003, pp. 34-47.

FORTIN, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GIROUD, Marc. *Historical Background*. [em linha], Publicado no menu home page news do sítio da internet do SAMU France em 2006, [consult. a 2020/10/26]. Disponível em <http://www.samu-de-france.fr/en>>

GOOSSEN, William T. F. Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*. 2.ª série, 2000, Vol. n.º 18. ISSN 0871-0775.

HESBEEN, Walter. *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

HOLMBERG, M., Wahlberg, A.C., Fagerberg, I. and Forslund, K. (2016), Ambulance clinicians' experiences of relationships with patients and significant others. *Nurse Critical Care*, 21: e16-e23. <https://doi.org/10.1111/nicc.12196>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA (2013). Sistema Integrado de Emergência Médica. Versão 2, Edição n.º 1.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA. INEM e VMER Cascais avaliam ferramenta informática ITEAMS. *www.inem.pt* [em linha]. 27 jul 2009 [consult. 19 mar 2021]. Disponível em: <https://www.inem.pt/2019/07/29/inem-e-vm-er-cascais-avali-am-ferramenta-informatica-iteams/>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA. ITEAMS: manual clínico. Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médica, 2019b.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA. Plano estratégico 2017/2019 - Aplicação da metodologia. *www.inem.pt* [em linha]. 2017 [consult. 1 abr 2021]. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/07/Plano-Estrat%C3%A9gico-2017-2019-INEM-.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Sistema Integrado de Emergência Médica. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGENCIA MÉDICA. Verbetes Nacionais de Socorro. *www.inem.pt* [em linha]. 2020 [consult. 22 abr 2021]. Disponível em: <https://www.inem.pt/category/documentacao/verbete-nacional-de-socorro/>

INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA. Viatura Médica de Emergência e Reanimação. [Em linha]. 2017. [Consultado a 16/05/2021]. Disponível na WWW:<URL:<https://www.inem.pt/2017/05/29/viatura-medica-de-emergencia-e-reanimacao/>>.

JEFFERIES, Diana; JOHNSON, Maree e GRIFFITHS, Rhonda. A meta-study of the essentials of quality. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 2010, pp. 112-124.

JESUS, Elvino Henriques e SOUSA, Paulino Ferreira. Sistemas de informação e profissionais de saúde: visão dos enfermeiros. In PEREIRA, Domingos; NASCIMENTO, José Carlos e GOMES, Rui. **Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e desafios em Portugal**. Lisboa: Sílabo, 2011, pp. 227-242. ISBN 978-972-618-657-1.

KÉROUAC, Suzanne [et al]. *Le pensée infirmière*. Paris: Maloine, 1994. ISBN 2-224-02284-0.

KRON, Thora e GRAY, Anne. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. 6.ª Edição. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989.

LEAL, Maria Teresa. *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: mitos e realidades*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-20-8.

LEI n.º 111/2009, *DR I Série*. 180 (2009/09/16).

Leite FG. *Sistemas de Informação: Contributos para a definição de um painel de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros num Departamento de Medicina*. Tese de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016.

LEIVA, Carlos Álvarez. *Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes*. 2.ª ed. Madrid: Arán Ediciones, 2005. 473 p. ISBN 84-95913-68-2.

LESKE, J. S., McAndrew, N. S., Brasel, K. J., & Feetham, S. (2017). Family presence during resuscitation after trauma. *Journal of Trauma Nursing*. Vol.24, n.º 2, 85–96. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000271>.

LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel e BOUTIN, Gérald. *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990. ISBN: 972-9295-75-1.

LINS, Thaís Honório [et al.] Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. ISSN 1518-1944. Vol. 15, n.º 1 (2013), p. 34-43.

MAGALHÃES, José. *Competências na Intervenção de Enfermagem em Contexto Extra-Hospitalar - Cuidados de Emergência e Gestão de Situações de Exceção*. Tese de Mestrado. 2014. Disponível no Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

MARTINS, A. [et al.]. Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem? *Pensar enfermagem*. Vol. 12, n.º 2 (2º. semestre 2008), p. 52-61.

MARTINS, José. Atuação do enfermeiro no setor de urgências: gestão para o desenvolvimento de competências in Malagutti, W; Caetano, C. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

MASSADA, Salvador [et al]. *Normas de Boa Prática em Trauma*. Ordem dos Médicos, 2009.

MATEUS, Bárbara. *Emergência Médica Pré-Hospitalar: Que realidade*. Edições Lusociência, 2007.

MATSUDA, Laura Misue [et al.]. Anotações/Registos de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Electrónica de Enfermagem*, vol. 8, n.º 3, 2006, pp. 415-421. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a12.htm>.

MELEIS, A. I.; Sawyer, L.; Im, E.-O.; Hilfinger-Messias, D.; Schumacher, K. *Experiencing Transitions: An Advanced Nursing Science*, 23(1), 2000, pp. 12–28.

MELEIS, Afaf Ibrahim. *Theoretical nursing: development & progress*. 5.ª Edição. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. ISBN 978-1-60547-211-9.

MENDES, João Manuel Galhanas. As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Servir*, vol. 45, n.º 1. Janeiro/Fevereiro de 1999, pp. 6-15. ISSN0871-2370.

MOREIRA DA SILVA, Maria Cláudia. Educação, treinamento e desenvolvimento de profissionais enfermeiros actuantes em catástrofes. In MALAGUTTI, William; MARTINS, José Carlos Amado. *Catástrofes Actuação Multidisciplinar em Emergências*. São Paulo: Martinari, 2011, pp. 384. ISBN: 978-85-89788-88-5.

MOTA, L. *Sistemas de informação de enfermagem: Um estudo sobre a relevância da informação para os médicos*. Tese de mestrado. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2010. Portugal. Recuperado de: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55361/2/TeseLilianaMotaMIM.pdf>

MOTA, Mauro [et al.]. Pre-Hospital Nursing Interventions: Narrative Review. *Enfermagem em Foco*, vol.10 n.º 4, pp. 122-128.

NASZLADY, Attila. Protocolos e guias, ferramentas. *International Journal of Medical Informatics*. Instituto Nacional de Pneumologia, H- 1529, Budapeste, Hungria. 1998, (52), pp. 117–122.

NUTBEAM, Tim. Clinical Governance and prehospital care in UK. [em linha], *Emergency Medicine Journal* Vol 28, n.º 2, 2011. [consult. a 2012.02.24]. Disponível em <http://emj.bmj.com/content/28/2/91.extract>> Disponibilizado em pdf pelo Centro de Documentação do INEM.

OLIVEIRA, Amélia e MARTINS, José. Ser Enfermeiro em Suporte Imediato de Vida: Significado das Experiências. *Revista de Enfermagem Referência*, [em linha], III Série – n.º 9, Mar, 2013, pp.115-124.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*. Lisboa. Agosto de 2012.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Após Reunião com o INEM – Ordem dos Enfermeiros vai questionar Ministério sobre a criação de Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar*. Publicado no menu Notícias do site da Ordem dos Enfermeiros Portugueses no dia 2009/04/01, [em linha] [consult. a 2020/12/02]. <http://www.ordemenfermeiros.pt>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Código deontológico do enfermeiro*. 2015. Lisboa, Portugal.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros [em linha]. 2008 [consult. 25 abr 2021]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosod-dor.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Dos resumos mínimos de dados de enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Suplemento da Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º 13. Julho de 2004, pp. 13-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar*. [em linha]. 24 jul 2012 [consult. 2 ago 2021]. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/MIEPH\\_proteq.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteq.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro no Pré-Hospitalar. [em linha], Janeiro 2007, [consult. vários acessos em 2021]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao17Jan2007.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. *Divulgar*. Lisboa. Setembro de 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Parecer n.º 09/2017. *Transporte da Pessoa em Situação Crítica*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (2017).



ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Lisboa. Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) - princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. 24 de Abril de 2007.

PEREIRA, Filipe. Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: *Formasau*, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5.

PETRONILHO, Fernando. SIE – reformulação/implementação: que contributos para a reflexão e melhoria das práticas? *Sinais Vitais*. Maio de 2003, pp. 19-22. ISSN 0872-8844.

PIMPÃO, F., Filho, W., Vagheti, H., & Lunardi, V. (2010). Percepção 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*, 18(3), 405-410. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a12.pdf>

PINTO, Liliana Filipa Bandeira. *Sistemas de informação e profissionais de enfermagem*. Vila Real. Tese de mestrado. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. 2009.

PRIDEAUX, Antony. "Issues in nursing documentation and record-keeping practice." *British journal of nursing* vol. 20, 22 (2011): 1450-4. doi:10.12968/bjon.2011.20.22.1450.

RAMALHÃO, Maria Amélia. Os registos de enfermagem na prática da enfermagem. *Divulgação*, n.º 38. Abril de 1996, pp. 31-42.

REGULAMENTO n.º 124/2011. *DR II Série*. 35 (2011/02/18) 8656-8657.

REGULAMENTO n.º 226/2018. *DR II Série*. 74 (2018/04/16)

ROCHA, Patrícia Kuerten [et al.]. Assistência de Enfermagem em Serviço Pré-Hospitalar e Remoção Aeromédica. [em linha], *Revista Brasileira de Enfermagem* Nov/Dez, n.º 56, 2003, pp. 695-698. [consult. 20 Maio 2020]. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000600022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000600022&script=sci_arttext)

RODEIA, João. Registos de enfermagem. *Servir*, n.º 41 (2), 1993. Lisboa. ISSN 0871-2370.

SÁ-CHAVES, I. *Formação, Conhecimento e Supervisão - Contributo nas áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais*. 2.<sup>a</sup> edição. Grafigamelas – Industria Gráfica, Lda., 2007.

SÁ, Ferreira Rodrigues [et al]. Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem* [em linha]. 2015, vol.19, nº1 [consult. 22 abr 2021]. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE\\_19\\_1sem2015\\_31\\_46.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23757/1/PE_19_1sem2015_31_46.pdf)

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández e LUCIO, Pilar Baptista. *Metodologia de Pesquisa*. 3.<sup>a</sup> edição. São Paulo: McGraw-Hill, 2006. ISBN 85-8680493-2.

SCHAURICH, Diego e CROSSETTI, Maria Graça Oliveira. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, n.º 14. Janeiro/Março de 2010, pp. 182-188.

SCHUPPEN, Hans Van; BIERENS, JOOST. Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians. [em linha], *European Journal of Emergency Medicine*. Vol. 18, n.º 6, 2011, p. 322-327.

SILVA, Abel Avelino Paiva. *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-76-X.

SILVA, Abel Paiva. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 2007, Lisboa, Portugal, Vol. 55, pp.11–20.

SILVA, Rocha da; HENRIQUES, Pereira. *Manual de Medicina de Catástrofe*. Lisboa: Ministério da Saúde, Edição do Instituto Nacional de Emergência Médica, 1986, pp. 43.

SILVA, Rocha. Os Serviços de Urgência Hospitalares e o Sistema Integrado de Emergência Médica. *Emergência Médica: Revista do Instituto Nacional de Emergência Médica*. Lisboa. Ano 1, n.º 2 (Agosto 1984), pp. 3-4.

SILVESTRE, Milene Cristina Chicharo. *Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Tese de mestrado. Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

SIMÕES, Rosa Maria Pereira. *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*. Tese de mestrado. Porto. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008.

SOUSA, P. *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: Um modelo explicativo*. Coimbra, Portugal: Formasau. 2006.

SOUSA, Paulino. Sistemas de Informação em Enfermagem: novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Vol. 46, n.º 5, 2012.

SWEENEY, Mary A. Registo dos cuidados. In BOLANDER, Verolyn B. *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998, pp. 597-619. ISBN 972-96610-6-5.

TEIXEIRA, João Miguel e CARDOSO, Pedro Fernando da Silva. Sistemas de informação - o que registar? *Nursing*, n.º 182. Novembro de 2003, pp. 18-19.

TRAUMA NURSING CORE COURSE. *Manual de Curso*. 2014. Edições ENA.

WATSON, Jean. *Enfermagem: ciência humana e do cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 2002.



## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

**Autorização para realização do estudo  
Parecer da Comissão de Ética e Comissão de Proteção  
de Dados**





Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração

Ao Sr. Enfermeiro-Diretor Do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Vítor José Fernandes Rocha, membro da ordem dos enfermeiros nº 4 – E – 70316 e enfermeiro no serviço de urgência, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana Do Castelo, venho por este meio solicitar autorização para realização de um estudo de investigação subordinado ao tema "Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação no Contexto de Pré-hospitalar - VMER", sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira e coorientação do Mestre Rui Gonçalves, Enfermeiro especialista do Hospital Santa Maria Maior, EPE, Barcelos.

Este estudo tem por objetivo geral conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER.

Constituem objetivos específicos: identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentemente ajuizados pelos enfermeiros VMER na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Identificar as intervenções de enfermagem mais frequentemente realizadas pelos enfermeiros de VMER na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Identificar as dificuldades/constrangimentos dos enfermeiros de VMER na documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica. Identificar sugestões que otimizem o processo de documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.

Pretendo realizar a recolha de dados através da realização de uma entrevista semiestruturada a alguns enfermeiros do Hospital Santa Maria Maior, que exerçam funções na VMER.

Asseguro que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços e que as gravações efetuadas no âmbito das entrevistas serão destruídas após conclusão do trabalho. Os dados obtidos destinam-se unicamente ao estudo pretendido, assegurando-se o seu anonimato e confidencialidade, tendo por base os princípios éticos inerentes. Comprometo-me ainda a divulgar os resultados obtidos à instituição.

Em anexo segue a proposta de Dissertação que inclui a fundamentação do estudo, os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra e as referências bibliográficas que suportam a fundamentação teórica do estudo.

Segue também em anexo um exemplar do consentimento informado e guião da entrevista a utilizar na recolha de dados que será realizada num prazo previsto de 15 dias, a iniciar em Março de 2021

AP SFDP para parecer.  
5/01/2021  
Joaquim Passos  
Enfermeiro Diretor

Hospital Santa Maria Maior, EPE  
Administração  
Registo de entrada nº 316  
Data: 29/01/2021  
Destinatário: Pres. Cons. Adm.



Fazer

O pedido é corretamente sustentado.  
A pedido do requerente, em 12/02, Inelex,  
pura adenda.

foi foi objeto de aprovação por parte do  
DPO, subsequentemente aprovação

conforme preconizado pelo requerente  
no formulário de consentimento informado.  
O pedido de autorização do estudo deve ser  
prestado a favor da Comissão de Ética  
do Hospital.

Apres-me refere que o estudo potencializa  
o conhecimento e a decisão em Estímulo  
pelo que será de autorização e não recusação,  
Caso a Comissão de Ética emitisse parecer contrário.

12.02.2021

A responsável do SIPP  
Ferreira

HOSPITAL SANTA MARIA MAIOR, EPE  
Reunião do Conselho de Administração

Data: 21/03/21 Ata nº 11

Deliberação:

Autorizada a realização do  
estudo de investigação, dado o  
parecer favorável da Comissão de  
Ética na sua reunião de 21/03/2021,  
devendo ser comunicado ao requerente o  
parecer da Comissão de Ética, a ser  
requerido/encaminhado para Proteção de Dados, com  
as recomendações que dele constam.

11

Joaquim Barbosa  
Presidente do  
Conselho de Administração

Recebido em 12/02/2021  
Secretariado da Administração  
do HSM, EPE - Barcelos  
Ass: Clara Lopes

Assim, solicito autorização para realização do estudo supracitado.

Atenciosamente

Vitor José Fernandes Rocha

O Estudante,  
(Vitor José Fernandes Rocha)

Barcelos, 29 de Janeiro de 2021

**Contactos:**

Vitor José Fernandes Rocha

Telemóvel: 918825805

e-mail: vitor.enfrocha@gmail.com

**Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração  
Do Hospital Santa Maria Maior, EPE Barcelos**

**Assunto:** Adenda a pedido de autorização para realização de estudo de investigação

Eu, Vítor José Fernandes Rocha, membro da ordem dos enfermeiros nº 4 – E – 70316 e enfermeiro no serviço de urgência, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana Do Castelo, venho por este meio solicitar a inclusão de adenda relativa ao estudo de investigação subordinado ao tema “Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação no Contexto de Pré-hospitalar - VMER”, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira e coorientação da Mestre, Rosa Olívia, enfermeira especialista da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Anteriormente, e por lapso, a coorientação teria sido adstrita ao Enf. Rui Gonçalves, mestre do Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos, pelo que sou a retificar.

Este estudo tem por objetivo geral conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER.

Desta forma, a população alvo deste estudo será constituída por todos os enfermeiros que integram as equipas de urgência de um Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos, e que exercem funções na VMER sediada no mesmo hospital.

Atendendo às características e objetivos do nosso estudo, a amostra será constituída por seis enfermeiros do Serviço de Urgência do hospital referido que responderam aos seguintes critérios de inclusão: exercer funções no Serviço de Urgência; ter experiência profissional na VMER igual ou superior a dois anos e aceitar participar no estudo.

Pretendo realizar a recolha de dados através da realização de uma entrevista semiestruturada à amostra de enfermeiros em epígrafe, reiterando a não necessidade de acesso direto a informação clínica dos doentes ou bases de dados clínicos dos mesmos.

---

Atenciosamente

*Vitor José Fernandes Rocha* O Estudante,

---

(Vitor José Fernandes Rocha)

Barcelos, 12 de Fevereiro de 2021

**Contactos:**

Vitor José Fernandes Rocha

Telemóvel: 918825805

e-mail: [vitor.enfrocha@gmail.com](mailto:vitor.enfrocha@gmail.com)

---

## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

C- Revisão da documentação da Avaliação de Impacto

(Antes da conclusão dos estudos)

Não é necessária revisão:

Assinatura:

Data: 9/2/2021

Nome do EPD:

Data da próxima revisão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do EPD:

- Laboratório  
- Instituto de Estudos  
(ver anexos de 12-2-2021)



Ana Soares





## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

### PREENCHIMENTO PELO ENCARREGADO DE PROTEÇÃO DE DADOS

A - Risco de danos para os titulares de dados pessoais e, ou para o Hospital Santa Maria Maior

Nenhum

Baixo

Médio

Elevado

Um risco **Elevado** é aquele em que será mais provável que ocorram danos com impacto severo na privacidade dos titulares de dados.

Perante um risco elevado, e caso a entidade responsável pelo tratamento (hospital), assim o entenda, deverá ser feito a Avaliação de Impacto por entidade interna ao HSMM, ou por quem este designar, conduzida pelo serviço de Auditoria ou em quem este delegue, com o apoio e consultoria do orientador da entidade externa e recurso ao Encarregado de Proteção de Dados, caso seja necessário, para emissão de parecer final, estando este impedido de coligir ele próprio os elementos, sob pena de conflito de interesses. (Poderão ainda solicitadas opinião dos titulares de dados pessoais ou de outros interessadas no Estudo que possam ser atingidos pelo risco detetado.)

O tratamento de dados não pode ocorrer enquanto não forem obtidas todas as autorizações necessárias.

Qualquer ação (medidas preconizadas) aqui prevista tem de ser objeto de revisão e validação a sua implementação no prazo máximo de um mês a contar da data indicada para revisão.

B - Medidas Imediatas a Implementar caso exista risco, (baixo) sobretudo se relevante (médio e elevado)

Medidas planeadas que visem garantir o direito à informação, assegurar a proteção dos dados pessoais e que comprovem a observância do RGPD.

A única medida será quanto aos procedimentos de recolha (emprego) obter o consentimento e existir forma de apagamento se este for realizado.  
Deverão ser responsabilizadas quaisquer referências a casos que tornem utentes identificados ou identificáveis.

#### Recomendações para Melhoria Contínua dos Processos

Instrumento de identificação e retirada de consentimento (do ao apagamento). Informad de 9.2.2021  
Informad 12.2.2021 perante a adenda D existe risco de último parágrafo.

Qualquer recomendação aqui prevista deve ser considerada e respondida num prazo de seis meses a contar da data abaixo indicada, pelos interessados objeto da mesma



## Cumprimento do Dever de Sigilo e Confidencialidade

Eu, Vitor José Fernandes Roche, declaro que irei conduzir o meu estudo subordinado ao tema "Documentação de cuidados de enfermagem no contexto de VIMEA", em cumprimento estrito de todos os normativos éticos e legais vigentes e aplicáveis ao sigilo e confidencialidade, pessoais, institucionais e profissionais, conduzindo-o igualmente com lisura e respeito pela dignidade da pessoa humana, no cumprimento das normas e recomendações que me sejam aplicáveis, nomeadamente, as constantes da Declaração de Helsínquia na qual se consigna "O direito do sujeito à salvaguarda da sua integridade e da sua vida privada deve ser respeitado". ( com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong King 1989, Oviedo 1997, Washington 2002, Tóquio 2004 , Seul 2008) das diretrizes sobre as boas praticas clinicas da EMEA ( Londres 2000), Diretrizes Éticas Internacionais para a pesquisa envolvendo seres humanos da OMS ( Genebra 2002) Diretrizes Éticas Internacionais para estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e Da Resolução da Assembleia da República nº 1 /2001, e ainda leis nacionais relativas a estudos médicos e de bioética designadamente e sempre que aplicável a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro: Informação genética pessoal e informação de saúde" e Decreto-Lei n.º 102/2007, de 2 de abril onde se estabelece os princípios e as diretrizes de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos especiais aplicáveis às autorizações de fabrico ou importações desses produtos, transpondo para a ordem jurídica.

Mais declaro que no estudo observarei todos os princípios e regulamentares do regulamento Geral de Proteção de Dados (EU 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016), e as Diretrizes emanadas da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD)

Declaro ainda que está garantido o anonimato dos intervenientes, e não existem dados que neste sejam possíveis de reconduzir ao titular dos dados, tornando identificado ou identificável.

Por ser verdade, assino sob compromisso de honra

Vitor José Fernandes Roche em 24/01/2021

**Assinatura**



## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

A presente AIPD destina-se a cumprir o determinado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (Regulamento 1/2018) quando aos tratamentos de dados pessoais sujeitos a Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD).

Para garantir que as atividades de investigação, que envolvam o tratamento de dados pessoais, tal como são definidos pelo artº 4 do RGPD, e toda informação recolhida no Hospital Santa Maria Maior EPE, nestes âmbito estão em conformidade com as leis de proteção de dados pessoais e com as políticas de privacidade vigentes neste Hospital, revela-se com necessária realização de uma avaliação de impacto sobre a proteção de dados de forma a demonstrar essa conformidade.

O preenchimento do formulário de avaliação de impacto sobre a proteção de dados do estudo científico ou trabalho que pretende realizar, pode ser assistido em caso de fundadas dúvidas, assim poderá contactar o Encarregado de Proteção de Dados do H.S.M.M.E.P.E. através do e-mail [epd@hbarcelos.min-saude.pt](mailto:epd@hbarcelos.min-saude.pt)

Neste sentido agradecemos que preencha completando o formulário.

### INFORMAÇÃO GERAL SOBRE OS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO

Serviço do HSMM	<i>Unidade Médica de Emergência e Reanimação - UMER</i>
Responsável Interno e numero mecanográfico	<i>Enf. Rui Gonçalves</i>
Função	<i>Enfermeiro</i>
Contacto preferencial:	<i>rui.goncalves@gmail.com</i>
Nome do Investigador Principal	<i>Vitor José Fernandes Roche</i>
Função	<i>Enfermeiro</i>
Contacto (e-mail)	<i>vitor.enf.roche@gmail.com</i>
Responsável designado pela entidade externa ( Ex: Orientador)	<i>Prof.ª Dr.ª Aurora Gonçalves Pereira</i>
Função	<i>Docente do IPVC</i>
Contacto (e-mail)	<i>aurorapereira@ess.ipvc.pt</i>



## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

### TRATAMENTO DE DADOS (DESCRIÇÃO GENÉRICA)

É necessária resposta a todas as questões

<p>1. Descreva resumidamente o tratamento de dados a realizar. <i>Descrição das «operações de tratamento»</i> ("o que pretende fazer" com os dados solicitados)</p> <p><i>Realização de entrevistas de forma a analisar as respostas dos entrevistados qualitativamente (respondendo ao tema Documentação de unidades de emergência à posse e situação futura no contexto de UMER</i></p> <p>Trabalho académico/ Projeto de investigação/ Outro <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Novo <input type="checkbox"/> Modificação/ Adenda <input type="checkbox"/> Continuidade <input type="checkbox"/></p> <p>Se indicou continuidade indique qual</p> <p>.....</p>
<p>2. Por que precisa de realizar este tratamento de dados?</p> <p><i>Objetivos do estudo/investigação/trabalho</i></p> <p><i>Para responder ao objetivo geral do estudo: conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação de unidades de emergência à posse em situação crítica no contexto de UMER</i></p> <p>.....</p>
<p>3. Tipo de dados pessoais (indique toda as variáveis a recolher):</p> <p><i>Idade, género, formação académica, tempo de experiência profissional</i></p> <p>.....</p> <p>Explicação: «Dados pessoais», informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável («titular dos dados»); é considerada identificável uma pessoa singular que possa ser identificada, direta ou indiretamente, em especial por referência a um identificador, como por exemplo um nome, um número de identificação, dados de localização, identificadores por via eletrónica ou a um ou mais elementos específicos da identidade física, fisiológica, genética, mental, económica, cultural ou social dessa pessoa singular</p> <p>Os dados são de categoria especial? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>(entende-se por categoria especial dados a origem racial ou étnica, opiniões políticas, convicções religiosas ou filosóficas, filiação sindical, dados genéticos, biométricos e relativos à saúde ou à vida sexual ou orientação sexual)</p>
<p>4. A quem se referem os dados pessoais?</p> <p>Utentes: <input type="checkbox"/> Profissionais do Hospital: <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/></p>

## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

5. Quantos registos pretende processar, aproximadamente, por ano?

<100    100 – 1.000    1.000 – 10.000    >10.000

6. Com que frequência fará o tratamento de dados?

Uma vez por dia ou mais :

Uma vez por semana ou mais :

Uma vez por mês ou mais :

Menos frequentemente que as hipóteses anteriores :

7. Que tipo de ferramentas informáticas (software) vai utilizar para o tratamento de dados?

Designação: ..... Computador pessoal .....

Proprietário:  Hospital    Instituição Externa    Pessoal

Designação: ..... Telemovel ..... como gestor de voz .....

Proprietário:  Hospital    Instituição Externa    Pessoal

Designação: .....

Proprietário:  Hospital    Instituição Externa    Pessoal

8. Vai partilhar dados fora do Centro Hospitalar?

Sim :

Não :

Em caso afirmativo ( sim ) , informe com que entidade, ou pessoa singular e porque que meio, e local:

..... Tratamento de dados no domicílio .....



## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

### FUNDAMENTAÇÃO DA LEGITIMIDADE DO TRATAMENTO DE DADOS

É necessária resposta a todas as questões

<p>1. Base legal</p> <p>Desempenho de um contrato em que o titular dos dados é parte</p> <p>Legítimo interesse do Hospital : <input type="checkbox"/></p> <p>Legítimo interesse de terceiros (Instituição Externa) : <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Consentimento dos titulares dos dados : <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Outro motivo(s).....</p> <p>Desconheço : <input type="checkbox"/></p> <p>( neste caso deve contactar o encarregado de proteção de dados do HSMM )</p>
<p>2. O que considera ser a base contratual que fundamenta o tratamento de dados?</p> <p>Contrato de gestão do hospital com o Ministério da Saúde : <input type="checkbox"/></p> <p>Execução de um contrato estabelecido com uma entidade externa para a prestação de cuidados de saúde. : <input type="checkbox"/></p> <p>Qual a entidade? .....</p> <p>Outro tipo de contrato. : <input type="checkbox"/></p> <p>Qual? .....</p>
<p>3. Descreva, resumidamente, o "interesse legítimo" para o tratamento de dados pessoais</p> <p><i>O trabalho realiza-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Pessoa e Saúde Artista de Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.</i></p> <p>Indicação se a legitimidade se enquadra em:</p> <p>Interesses vitais dos seus titulares <input type="checkbox"/></p> <p>Ações de medicina preventiva, de diagnóstico ou tratamento médico <input type="checkbox"/></p> <p>Efeitos de gestão dos serviços de saúde <input type="checkbox"/></p> <p>Arquivo de interesse público <input type="checkbox"/></p> <p>Investigação científica ou histórica <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Finalidades estatísticas <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Existe algum risco negativo na privacidade dos titulares dos dados (utentes)? (descreva a probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Como vai recolher e registar o consentimento dos titulares?</p> <p><i>O consentimento dos titulares para a recolha de dados será realizado através de uma declaração de consentimento fundamentada, assinada pelo próprio e pelo investigador após informação sobre estudo a realizar</i></p>

## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

### TRANSPARÊNCIA E DEVER DE INFORMAÇÃO

É necessária resposta a todas as questões

1. Qual a condição de legitimidade para o tratamento de dados de saúde?

Consentimento explícito. :

Dados manifestamente tornados públicos pelo seu titular. :

Tratamento necessário por motivos de interesse público importante. :

Tratamento necessário para efeitos de medicina preventiva ou do trabalho, para a avaliação da capacidade de trabalho do empregado, o diagnóstico médico, a prestação de cuidados ou tratamentos de saúde ou de ação social ou a gestão de sistemas e serviços de saúde ou de ação social. :

Tratamento necessário para fins de arquivo de interesse público, para fins de investigação científica ou histórica ou para fins estatísticos. :

2. O tratamento de dados está coberto pelas condições previstas na Política de : Privacidade e Consentimento assinados pelo titular dos dados pessoais?

Sim :

Não :

Se indicou não, justifique

.....  
.....

O tratamento de dados está coberto pelas condições previstas na Política de Privacidade do Hospital?

Sim :

Não :

Se indicou não, justifique

.....  
.....

( neste caso deve contactar o encarregado de proteção de dados do HSMM )

3. É provável que o titular dos dados fique surpreendido ao saber que os seus dados estão a ser tratados desta forma?

Sim :

( neste caso deve contactar o encarregado de proteção de dados do HSMM )

Não :

Desconheço :

( neste caso deve contactar o encarregado de proteção de dados do HSMM )

## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

### REUTILIZAÇÃO DE DADOS

É necessária resposta a todas as questões

1. Está a tratar os dados para a mesma finalidade que deu origem ao registo original desses dados (condições previstas na Política de Privacidade do HSMM )? <http://www.hbarcelos.min-saude.pt/2018/07/23/ptecao-de-dados/>

Sim :

Não :

Desconheço :

( neste caso deve contactar o encarregado de proteção de dados do HSMM )

2. Liste as finalidades originais dos dados pessoais utilizados

.....  
.....  
.....

Desconheço :

( neste caso deve contactar o encarregado de proteção de dados do HSMM )

<http://www.hbarcelos.min-saude.pt/2018/07/23/ptecao-de-dados/>

3. Está confiante que os dados que está a utilizar estão atualizados e exatos?

Sim, conferi as fontes e são fidedignas :

Não :  ( neste caso deve contactar o responsável designado pela entidade externa ; ex. orientador )

Desconheço :  ( neste caso deve contactar o responsável designado pela entidade externa ; ex. orientador )

### TRANSPARÊNCIA E DEVER DE INFORMAÇÃO

É necessária resposta a esta questão

Sinteticamente, descreva as consequências que decorrem se os dados que estiver a utilizar se revelarem não ser exatos? Poderão causar danos (Ex: sociais, patrimoniais, financeiros, morais, reputacionais) aos titulares dos dados? (refira probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular dos dados pessoais)

Probabilidade baixa de causar danos

## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

### NECESSIDADE DO TRATAMENTO DE DADOS

É necessária resposta a todas as questões

1. Precisa de usar dados pessoais para realizar o tratamento de dados? Sim : <input checked="" type="checkbox"/> Não : <input type="checkbox"/> Dúvidas <input type="checkbox"/> ( neste caso deve contactar o responsável designado pela entidade externa ; ex. orientador )
2. Considerou a possibilidade de utilizar dados anonimizados em alternativa? Sim : <input checked="" type="checkbox"/> Explique..... <i>Os dados anonimizados não permitem a análise do conteúdo de entrevistas</i> ..... ..... Não : <input type="checkbox"/> Explique..... ..... .....

### Secção G: Conservação e Segurança dos Dados

1. Quais são os resultados esperados do tratamento de dados a realizar? <i>Descrição de importância de documentação de cuidados no âmbito de pré-hospitalar VTEB e quais os cuidados possíveis de documentação</i> ..... .....
2. Esses resultados representam ainda dados pessoais? Sim : <input type="checkbox"/> Não : <input checked="" type="checkbox"/>
3. Onde é que armazena e/ou envia os resultados do seu trabalho? <i>Os dados são armazenados em computador pessoal</i> ..... .....
4. Que meios (tecnológicos e físicos) existem para proteger os dados de acessos não autorizados? <i>Computador pessoal utilizado tem password, reconhecimento facial e impressão digital</i> ..... .....

## Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados de Estudos em Saúde (AIPD)

5. Em caso de perda ou destruição acidental dos resultados do seu trabalho, isso causará danos (Ex. sociais, financeiros, reputacionais) aos titulares dos dados? Descreva a de probabilidade de ocorrência assim como de impacto sobre o titular.

A perda ou destruição acidental dos resultados não causará qualquer tipo de dano aos titulares dos dados.

6. Por quanto tempo conservará os dados? (faça referência temporal ou um critério no qual baseará a decisão de manter os dados)

Os dados obtidos serão considerados até à conclusão do estudo.

7. Como é que eliminará/ destruirá os dados, uma vez ultrapassado o critério de conservação dos mesmos?

Após conclusão do estudo, os dados serão eliminado definitivamente do computador pessoal.

Este formulário destina-se a ser enviado ao Encarregado de Proteção de Dados para emissão do seu parecer e instrução de processo.



## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação e que anexarei ao relatório final a esta Comissão de Ética, nomeadamente efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

Declaro, ainda, que os dados obtidos são confidenciais e serão utilizados apenas para a finalidade do presente estudo e comprometo-me a remeter à Comissão de Ética para a Saúde do HSMM, o Trabalho final.

Barcelos, 29 de Janeiro de 2021

O investigador responsável

A handwritten signature in black ink, reading "Vítor José Fernandes Rocha", is written over a horizontal line.

(Vítor José Fernandes Rocha)





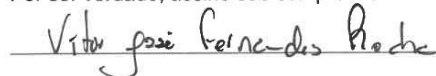
### **Cumprimento do Dever de Sigilo e Confidencialidade**

Eu, Vitor José Fernandes Rocha, declaro que irei conduzir o meu estudo subordinado ao tema **“Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação no Contexto de Pré-hospitalar - VMER”**, em cumprimento estrito de todos os normativos éticos e legais vigentes e aplicáveis ao sigilo e confidencialidade, pessoais, institucionais e profissionais, conduzindo-o igualmente com lisura e respeito pela dignidade da pessoa humana, no cumprimento das normas e recomendações que me sejam aplicáveis, nomeadamente, as constantes da Declaração de Helsínquia na qual se consigna “O direito do sujeito à salvaguarda da sua integridade e da sua vida privada deve ser respeitado”. ( com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong King 1989, Oviedo 1997, Washington 2002, Tóquio 2004 , Seul 2008) das diretrizes sobre as boas praticas clinicas da EMEA ( londres 2000), Diretrizes Éticas Internacionais para a pesquisa envolvendo seres humanos da OMS ( Genebra 2002) Diretrizes Éticas Internacionais para estudos Epidemiológicos do Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Genebra 2009) e Da Resolução da Assembleia da República nº 1 /2001, e ainda leis nacionais relativas a estudos médicos e de bioética designadamente e sempre que aplicável a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro: Informação genética pessoal e informação de saúde” e Decreto- Lei n.º 102/2007, de 2 de abril onde se estabelece os princípios e as diretrizes de boas práticas clinicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos especiais aplicáveis às autorizações de fabrico ou importações desses produtos, transpondo para a ordem jurídica.

Mais declaro que no estudo observarei todos os princípios e regulamentares do regulamento Geral de Proteção de Dados (EU 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016), e as Diretrizes emanadas da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd)

Declaro ainda que está garantido o anonimato dos intervenientes, e não existem dados que neste sejam possíveis de reconduzir ao titular dos dados, tornando identificado ou identificável.

Por ser verdade, assino sob compromisso de honra

 em 29/01/2021

**Assinatura**



## **ANEXO 2**

**Ficha de observação médica**





# INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA

VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO (VMER)                                    

FICHA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA Nº                   DIA    MÉS    ANO            

## O C O R R Ê N C I A

<input type="checkbox"/> Veic. 2 Rodas	<input type="checkbox"/> Máq. Industrial	<input type="checkbox"/> Comboio	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Arma Fogo	<input type="checkbox"/> Submersão	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Doença	Número Vítimas
<input type="checkbox"/> Veic. Ligeiro	<input type="checkbox"/> Veic. Pesado	<input type="checkbox"/> Veic. Agrícola	<input type="checkbox"/> Queda ___m	<input type="checkbox"/> Arma Branca	<input type="checkbox"/> Queimadura	<input type="checkbox"/> Trab. Parto		

## DOENTE / VÍTIMA

Local da Ocorrência:		Freguesia:		Sexo		Idade		HORAS	
Nome:				Masc.	Fem.	anos	mese	dias	
Residência:		Telefone:							

## SINAIS E SINTOMAS      ANTECEDENTES PESSOAIS      HÁBITOS FARMACOLÓGICOS

--	--	--

V	Horas	Glasgow			Freq. Ventil.	Freq. Pulso	Pressão Arterial		Pele	Pupilas	Monitor / ECG	SaO <sub>2</sub>	Glicémia
		h	:	m			Sistólica	Diastólica					
A	:												
L	:												
I	:												

A	Crâneo	# C F H Q D					A	Hipoc. Dto.	C F H Q D					M E M B R O S	
C	Faco						B	Epigastro							LEGENDA
	R. Cervical						D	Hipoc. Esq.						# - Fractura    H - Hemorragia	
	Esq.						O	Flanco Dto.					C - Contusão    Q - Queimadura		
	Dtº						M	Flanco Esq.					F - Ferida        D - Dor		
	Posterior						E	F. I. Dia.							
	R. Lomber						N	Hipogastro							
R. Sagrada							F. I. Esq.								
Bacia															

(VER VERSO)

A	Desobstrução / Aspiração Via aérea	Oxigénio	FÁRMACOS E FLUIDOS												TRANSPORTE / DESTINO				NÃO TRANSPORTE							
			Hora	Dose	Via													Ambulância	HOSPITAL							
C	Ventilação	:																								
	Ent. Endotraqueal	:																								
	Acesso Venoso	:																								
	Compressão Cardíaca Externa	:																								
A	Desfibrilhação	:																								
	Pacing	:																								
	Entubação N-G / Lavagem Gástrica	:																								
C	Imobilização	:																								
		:																								

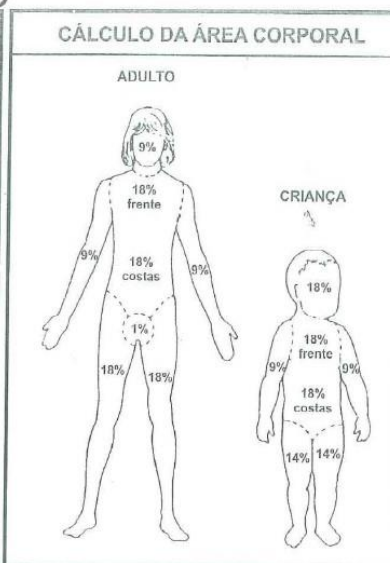
## OBSERVAÇÕES      HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

	1 (VER VERSO FL)
	2
O Médico	Número INEM ou Cédula Profissional

(VERSO)

ESCALA DE GLASGOW			
O	V		M
Abertura dos Olhos	Resposta Verbal		Resposta Motora
-	-	-	6 Obedece a ordens
-	-	5 Orientada	5 Localiza a dor
4 Espontânea	4 Desorientada	4 Reacção de fuga	
3 À Voz	3 Palavras inapropriadas	3 Flexão anormal	
2 À Dor	2 Sons incompreensíveis	2 Extensão anormal	
1 Ausente	1 Ausente	1 Ausente	

MONITOR / ECG			
RS	Ritmo Sinusal	ESV	Extrasístole Supra Ventricular
TSV	Taquicardia Supra Ventricular	EV	Extrasístole Ventricular
FA	Fibrilhação Auricular	AV1	Bloqueio A-V 1º
FLA	Flutter Auricular	AV2	Bloqueio A-V 2º
RJ	Ritmo Juncional	AV3	Bloqueio A-V 3º
RI	Ritmo Idioventricular	BRE	Bloqueio Ramo Esquerdo
TV	Taquicardia Ventricular	BRD	Bloqueio Ramo Direito
FV	Fibrilhação Ventricular	IST	Infradesnivelamento ST
ASS	Assistolia	SST	Supradesnivelamento ST



HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
1	Enfarte Agudo do Miocárdio	26	Trabalho de Parto / Pós-Parto
2	Angor Instável	27	Parto
3	Angor Estável	28	Hemorragia Cln/Obstétrica
4	Edema Pulmonar Agudo		
5	Insuficiência Cardíaca	29	Hipoglicemia
6	Disritmia		
7	Crise Hipertensiva	30	Crise Convulsiva
8	Tamponamento	31	AVC
9	Obstrução das Vias Aéreas	32	Perda de Conhecimento
10	Aspiração de Vômito	33	Coma
11	Crise Asmática		
12	DPOC Agudizada	34	Crise Convulsiva
13	Pneumotórax	35	Agitação Psico-Motora
14	Insuficiência Respiratória	36	Outra Alteração Psiquiátrica
15	Hemorragia Digestiva	37	Intoxicação Medicamentosa
16	Dor Abd./ Abdomen Agudo	38	Intoxicação por Pesticida
		39	Intoxicação por Substância de Abuso
		40	Outra Intoxicação (especificar)
17	Traumatismo Craneano	41	Reacção Alérgica/Anafilática
18	Traumatismo Vertebro-Medular		
19	Traumatismo Torácico	42	Paragem Respiratória
20	Traumatismo Abdominal	43	Paragem Cardio Respiratória
21	Traumatismo Pélvico		
22	Traumatismo Membro	44	Cadáver
23	Outro Traumatismo (especificar)	45	Desconhecida
24	Poli-traumatismo (mais que dois dos traumatismos anteriores)	46	Nula
25	Queimadura	47	Outra (especificar)

FÁRMACOS E FLUIDOS			
Adenosina		Haloperidol	
Adrenalina		Hidrocortisona	
Aminofilina		Insulina Actrapid	INSULINA
Amiodarona		Ketamina	
Anistreplase		Lactato Ringer	L RINGER
Aspirina		Lidocaina 2%	
Atropina		Manitol	
Bicarb. Sódio	BIC SODIO	Metilprednisolona	
Captopril		Metoclopramida	
Diazepam		Midazolam	
Digoxina		Morfina	
Dopamina		Naloxona	
Efedrina		Nifedipina	
Etomidato		Nitroglicerina	
Fentanil		Octreotido	
Flumazenil		Paracetamol	
Furosemida		Propofol	
Gelafundina		Salbutamol	
Glucagon		Soro Fisiológico	S F
Glucose 5% Água	D5W	Succinilcolina	
Glucose 5% Soro	D5SF	Tiopental	
Glucose 30%	D30W		

**DECLARAÇÃO DE RECUSA** (risque o que não interessar)

( NOME) \_\_\_\_\_, portador(a) do B.I. / Outro Documento (especificar \_\_\_\_\_) número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, declaro que recuso ser assistido(a) / transportado(a) ao estabelecimento de saúde, tendo sido esclarecido(a) dos riscos decorrentes desta decisão.

Assinatura \_\_\_\_\_  
(como no documento de identificação)

## **ANEXO 3**

**Verbete Nacional de Socorro**







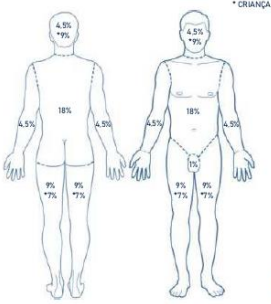
REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

VERBETE NACIONAL DE  
SOCORRO

OCORRÊNCIA	Entidade		Meio		N° Evento											
	Motivo			N° Vítimas		/ /										
	Local				Caminho do local :											
IDENTIFICAÇÃO	Freguesia		Concelho		Chegada à vítima :											
	Nome				Caminho U. Saúde :											
	Nascimento / /		Idade	Sexo	M	F	N° SNS									
Residência				Disponível :												
AVALIAÇÃO	Hora hh:mm	AVDS GCS	Vent. cpm	SpO2 %	O2 Sup U/min	EtCO2 mmHg	Pulso bpm	ECG ver verso	P. Arterial Sistólica	P. Arterial Diastólica	Pele	Temp. °C	Pupilas	Dor 0 a 10	Glicemia mg/dl	NEWS/TAP 0 a 18 / 0 a 3
	:															
	:															
HISTÓRIAL CLÍNICO	Circunstâncias															
	Histórico de doenças															
	Alergias															
	Medicação habitual															
	Última refeição								Situação de risco							
EXAME DA VÍTIMA, PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICA	SINAIS E SINTOMAS		RCP		VA / Ventilação		Circulação		Protocolos		Escala					
			Presenciada		Desobstrução		Controlo Temp.		Imobilização		Cincinnati					
			SBV/DAE :		T. Orofaringeo		Controlo Hemo.		VV AVC		PROACS					
			SV/SAV :		T. Laríngeo		Penso		VV Coronária		RTS					
			1º Ritmo		Másc. Laríngea		Torniquete		VV Sepsis		MGAP					
			N° Choque(s)		T. Endotraqueal		Cinto Pélvico		VV Trauma		RACE					
			Recup. :		Vent. Mecânica		Acesso venoso		VV PCR							
			Susp. :		CPAP											
			C. Mecânicas						TEPH							
			Não realizado						SIV							
		Hora		FÁRMACO				Dose		Via		Ef. Adv.				
		:														
		:														
		:														
		:														
OBSERVAÇÕES			NÃO TRANSPORTE		TRANSPORTE		Primário		Secundário							
			Abandonou o local		Acompanhamento médico											
			Decisão médica		Unidade de Saúde de origem											
			Morte		Unidade de Saúde de destino											
			Recusou e assinou S N		Episódio n°.											
		Desativação														
		Tipo de emergência		Assinatura resp. meio / N°												



**RACE** (eventual necessidade de trombetomia se ≥5)

	ESQUERDA	DIREITA	VALOR
Paresia facial	Ausente	Ausente	0
	Ligeira	Ligeira	1
	Moderada/severa	Moderada/severa	2
Paresia MS	Ausente/Ligeiro (>10seg)	Ausente/Lig (>10seg)	0
	Moderada (<10seg)	Moderada (<10seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Paresia MI	Ausente/Ligeiro (>5seg)	Ausente/Ligeiro (>5seg)	0
	Moderada (<5seg)	Moderada (<5seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Desvio oculocefálico	Direito ausente	Esquerdo ausente	0
	Direito presente	Esquerdo presente	1
Agnosia Afasia	Reconhece o braço E o déficit	Afasia obedece a 2 ordens	0
	Não reconhece o braço OU o déficit	Afasia obedece a 1 ordem	1
	Não reconhece NEM braço NEM o déficit	Não executa ordens	2

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW ATUALIZADA**

	OLHOS	VERBAL	MOTOR
Espontânea	4	Orientada	5
Ao som	3	Confusa	4
À Pressão	2	Palavras	3
Ausente	1	Sons	2
Não testável	NT	Ausente	1
		Não testável	NT
			Não testável
			NT

**ESCALA DE CINCINNATI** (positivo de 1 a 3)

ALTERAÇÃO	SIM	NÃO
Paresia facial	1	0
Queda de membro superior	1	0
Alteração na fala	1	0

**ISBAR** (transição de informação na transmissão de cuidados)

<b>I</b> DENTIFICAÇÃO	Profissional de saúde Nome e idade da vítima Situação que motivou a ocorrência
<b>S</b> ITUAÇÃO ATUAL	Descrição da condição clínica Principais alterações Sinais e sintomas
<b>B</b> ACKGROUND	Histórico de doenças Medicação habitual Alergias
<b>A</b> VALIAÇÃO	Tipo de emergência identificada Procedimentos realizados Protocolos instituídos
<b>R</b> ECOMENDAÇÕES	Recomendações Estudos ou avaliações indicadas Proposta de tratamento

**NEWS** (aplicável a não grávidas e idade ≥16 anos, risco elevado de mortalidade se ≥3)

PARÂMETRO FISIOLÓGICO	3 vermelho	2 amarelo	1 verde	0	1 verde	2 amarelo	3 vermelho
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	≤8	9-11	12-20	≥25			
SPO2	≤91	92-93	94-95	≥96			
O2 SUPLEMENTAR		Sim	Não				
TEMPERATURA	≤35	35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1		
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
FREQUÊNCIA CARDÍACA	≤40	41-50	51-90	91-110	111-130		≥131
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			A				VD ou S

**TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA** (aplicável em idade <16 anos em escala de 0 a 3)

<b>APARÊNCIA</b> (*1 se observado um ou mais campos)	Tonús muscular anormal	<b>ESFORÇO RESPIRATÓRIO</b> (*1 se observado um ou mais campos)	Sons anormais	<b>CIRCULAÇÃO</b> (*1 se observado um ou mais campos)	Pele pálida
	Não interage		Posição tripé/anormal		Pele marmoreada
	Difícil de consolar		Tiragem		Cianose
	Olhar anormal		Adejo nasal		
	Choro / Discurso anormal		Apneia/Gasping		

**VIA VERDE SEPSIS** (suspeita de VVS se ≥1 em cada um dos quatro campos)

TEMPERATURA	SUSPEITA DE INFEÇÃO	INFLAMAÇÃO
< 35 °C	1 Cefaleia	1 AVDS
≥ 38 °C	1 Alteração de consciência	1 FC > 90 bpm
	1 Dispneia / Tosse	1 FR > 22 cpm
<b>SIGLA ECG</b>		
ASS	1 Dor abdominal	
FLA	1 Ictericia	
AV1	1 FV	1 Lactato > 2 mmol/L
AV2	1 IST	1 TAS < 90 mmHg
AV3	1 RJ	1 PaO2 < 60 mmHg
BRD	1 RI	1 SatO2 < 90%
BRD	1 RI	1 Critério do clínico responsável
BRE	1 RS	
ESV	1 SST	
	<b>MECANISMO LESÃO</b>	<b>IDADE</b>
EV	1 Penetrante	1 <60
TSV	1 0	1 <60
FA	1 Fechado	1 >60
TV	1 4	1 >60

**RTS** (referenciação a centro de trauma se ≤10)

GCS	FR (cpm)	PAS (mmHg)
13 a 15	4	10 a 29
9 a 12	3	> 29
6 a 8	2	6 a 9
4 a 5	1	1 a 5
3	0	0

**ESCALA PROACS** (risco elevado de mortalidade se ≥3)

IDADE	< 72	0
	≥ 72	1
TAS (mmHg)	< 116	1
	≥ 116	0
CLASSE DE KILLIP	1	0
	2	1
	3	1
	4	3
ELEVAÇÃO DE ST	sim	1
	não	0

**DECLARAÇÃO DE RECUSA | DECLARATION OF REFUSAL**

(Quando sublinhado, risque o que não interessa)

Para os devidos efeitos, declaro ter sido informado(a) dos riscos inerentes à minha decisão de recusar o(s) procedimento(s) recomendados/transporte de ambulância e assumir toda a responsabilidade pelas eventuais consequências.

For the purposes stated, I hereby declare that I was informed of the inherent risks of my decision to refuse the recommended medical procedure(s)/ambulance transportation and take full responsibility for any consequences.

Nome do doente/representante legal | Name of the patient/legal representative

Documento de identificação/n.º | ID Document/n.º

Assinatura | Signature

Assinalar se identificação não confirmada por documento idóneo

## **ANEXO 4**

**ITeams**



08:19:14

INEM GSTI/2018

Alterar Login

Evento

Nº. Utentes:  RNU Nome:

Vítima

Sexo:  M  F  Grávida

Data Nascim.:  Idade:  A  M  D

Peso (Kg):

Avaliação

Morada:

Mesma que Local Ocorrência

Informação ao Centro de Saúde:  NÃO  SIM  COVID+

CHAMU

Exame Vítima

Proced. LCD

Tipo de Local:

Diag. e Terap.

Histórico (Ult 6 Meses):

Transporte

CODU

INEM GSTI/2018

Lat.: 41.534222 Long.: -8.610064 V. 0 VMER 100% 08:19:12 Comunicação OK

08:20:39

INEM GSTI/2018

Alterar Login

Evento

Hora:  **Vítima em PCR**

Vítima

AVDS:  CCS:  RASS:

Avaliação

FR:  Amp:  RR:

FC:  Amp:  RR:

PA S:  PA D:  PA M:

SPO2:  O2 Supl:  ETCO2:

Temp: 36.2 Glc:  TPC (seg.):  Esc. Dor:

Pele:  Pupilas:


Evolution:

Enviar Avaliação

Receber Avaliação

INEM GSTI/2018

Lat.: 41.534222 Long.: -8.610064 V. 0 VMER 100% 08:20:38 Comunicação OK

08:21:13 

**Alterar Login** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Evento** Queixa/Sintoma Principal:

Fluxo:  Doença Atual:

**Vítima** Início Sintomas:

**Avaliação**  Dependente AVD  Cinesmática Lesão:

**CHAMU**  Circunstâncias:  Hipocoagulação  Suspeita de Infecção:

**Exame Vítima**  Hist. Doenças:  DESC  N TEM

**Proced. ECD**  Alergias:  DESC  N TEM

**Diag. e Terap.**  M Medicação:  DESC  N FAZ

**Transporte**  U Ul. Refeição:  Obs:

**CODU**


Insira apenas a lista dos produtos, separados por vírgulas


INEM GSTI/2018 Lat.: 41.534222 Lng.: -8.610064 V. 0 VMER 100% 08:21:09 Comunicação OK

**Navegador**


CL L CV CH H

CODU HOSP

Teclado Virtual: 



FIM

08:21:37 

**Alterar Login** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Evento** Triângulo Pediátrico:

**Vítima**

**Avaliação**

**CHAMU**

**Exame Vítima** Exame Objetivo:

**Proced. ECD**

**Diag. e Terap.**

**Transporte**

**CODU**

**Escala de Killip:**

**Trauma:**

RTS	GCS	FR	PAG	Tot

MGAP	R. Leado	Idade	GCS	PAG	Tot


F. Race:  F. Thompson:  F. Cincinnati:


INEM GSTI/2018 Lat.: 41.534222 Lng.: -8.610064 V. 0 VMER 100% 08:21:32 Comunicação OK

**Navegador**

CL L CV CH H

CODU HOSP

Teclado Virtual: 



FIM

08:22:09

Alterar Login

Evento

Vítima

Avaliação

CHAMU

Exame Vítima

Proced. LCD

Diag. e Terap.

Transporte

ODDU

Procedimentos

Procedimentos Específicos

Traçado de ECG

Var/Apagar

Inserir

Ventilação

Eliminar

Inserir

Hora	Tipo	Vol	P	FR	PEEP	ECG	IPAP	EPAP
ECD								

Reanimação

Hemoglobina:  Leucito:  Troponina:

GSA

A  V  C

PH:  PCO2:  PO2:  HCO3:  SatO2:

Excesso de Bases:

Anejar ECG?  SIM  NÃO

CL

L

CV

CH

H

CODU

HOSP

Teclado Virtual

FIM

INEM GST1/2018

Lat.: 41.534222 Long.: -8.610064 V. 0 VMER 100% 08:22:04 Comunicação OK

08:10:51

Alterar Login

Evento

Vítima

Avaliação

CHAMU

Exame Vítima

Proced. LCD

Diag. e Terap.

Transporte

ODDU

Avaliação de Enfermagem:

Hipótese Diagnóstica:

Protocolo:

Terapêutica:

Hora:  Farmaco:

Dose:  Via:

Efeito Adverso:

Eliminar

Inserir

Hora	Farmaco	Dose	Via	Adr	Val.
Outro: <input type="text"/>					

CL

L

CV

CH

H

CODU

HOSP

Teclado Virtual

FIM

INEM GST1/2018

Lat.: 41.534222 Long.: -8.610064 V. 0 VMER 100% 08:10:47 Comunicação OK

08:22:44

Teams

Alterar Login

Evento

Vítima

Avaliação

CHAMU

Exame Vítima

Proced. ECD

Diag. e Terap.

Transporte

CODU

Transporte:

Primário

Secundário

Não Transporte

Acompanhamento:

Médico

Enfermeiro

Familiar/Acompanhante

Autoridade

Complicações no Transporte:

SIM  NÃO

Transporte Feito Por:

próprio Meio

Outro: \_\_\_\_\_

Destino:

Colocar Hosp. Destino  Colocar Hosp. Autoridade

Hospital: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Nº. Episódio: \_\_\_\_\_ R. Triagem: \_\_\_\_\_

disponível para consulta em <http://extranet.inem.pt/teams/>

Local:

Urgência

UCI

UCI Neonatal

Hemodinâmica

Sala de TAC

Unidade de AVC

Ecgr

Outro: \_\_\_\_\_

Navegador

CL

L

CV

CH

H

CODU

HOSP

Teclado Virtual:  ON  OFF

FIM

INEM GST1/2018

Lat.: 41.534222 Lng.: -8.610064 V.: 0 VMER 100% 08:22:37 Comunicação OK

08:23:20

Teams

Alterar Login

Evento

Vítima

Avaliação

CHAMU

Exame Vítima

Proced. ECD

Diag. e Terap.

Transporte

CODU

Indicações recebidas:

Alertas Enviados:

Navegador

CL

L

CV

CH

H

CODU

HOSP

Teclado Virtual:  ON  OFF

FIM

INEM GST1/2018

Lat.: 41.534222 Lng.: -8.610064 V.: 0 VMER 100% 08:23:20 Comunicação OK



# APÊNDICES



# **APÊNDICE 1**

**Guião de entrevista**

**Informação ao participante**

**Declaração de consentimento informado**



## GUIÃO DE ENTREVISTA

“Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação no Contexto de Pré-hospitalar - VMER”

### 1ª Parte – Acolhimento

**Objetivo:**

Informar o participante

O presente estudo é realizado pelo enfermeiro Vitor José Fernandes Rocha, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O estudo tem como principal objetivo “Compreender a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER”.

Esta preocupação surge da necessidade de documentação de cuidados de enfermagem e da inexistência de instrumentos próprios de registo, considerando a VMER como um contexto primordial de intervenção autónomas por parte dos enfermeiros.

O procedimento de recolha de dados será a entrevista semiestruturada, a qual será gravada, para evitar perda de informação, com consentimento prévio e com a duração prevista entre 30 e 60 minutos.

A participação neste estudo é voluntária, confidencial e anónima. O consentimento informado dará início à participação no estudo.

TABELA 1

## 2ª Parte – Acolhimento

**Objetivo:**

Caraterizar o participante

● **Idade**

- ≤30 anos
- ≥31 e ≤40 anos
- ≥41 e ≤50 anos
- ≥51 anos

● **Sexo**

- Feminino
- Masculino

● **Formação académica**

- Licenciatura
- Especialidade \_\_\_\_\_
- Mestrado \_\_\_\_\_
- Doutoramento \_\_\_\_\_
- Pós-Graduação \_\_\_\_\_

● **Tempo de atividade profissional**

- ≤2 anos
- ≥3 e ≤10 anos
- ≥11 e ≤20 anos
- ≥21 anos

● **Tempo de atividade profissional na VMER**

- ≤2 anos
- ≥3 e ≤10 anos
- ≥11 e ≤20 anos
- ≥21 anos

<b>TABELA 2</b>	
<b>3.ª Parte – Objetivos/Questões orientadoras</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Questões Orientadoras</b>
Descrever os cuidados de enfermagem prestados no contexto de pré-hospitalar - VMER.	Quais os cuidados de enfermagem que são, habitualmente, prestados no contexto de pré-hospitalar?
Descrever os cuidados de enfermagem que são documentados no contexto de pré-hospitalar - VMER	Qual o tipo de informação que habitualmente documenta?  Dos cuidados de enfermagem que presta, quais os que regista?  Na sua opinião que informação deveria ser documentada?  Na sua perspectiva os registos efetuados traduzem os cuidados de enfermagem prestados aos doentes/família?
Identificar as estratégias/recursos que os enfermeiros de VMER utilizam na documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.	Que estratégias/recursos são utilizadas no processo de documentação?  Qual a sua opinião acerca desses recursos?
Identificar as vantagens da documentação dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar - VMER.	Quais os contributos da documentação de cuidados de enfermagem?
Identificar as dificuldades dos enfermeiros de VMER na documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica.	Quais são as dificuldades que surgem no contexto da VMER para a documentação necessária dos cuidados de enfermagem?
Identificar sugestões que otimizem o processo de documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER.	Gostaria de apresentar alguma sugestão para uma melhor documentação dos cuidados de enfermagem no contexto de pré-hospitalar – VMER?

<b>TABELA 3</b>
<b>4ª Parte – Fecho da Entrevista</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Agradecer a colaboração do participante e reforçar a importância da sua participação no estudo</li> <li>● Resumir os aspetos principais abordados na entrevista</li> <li>● Dar oportunidade/solicitar ao participante para acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por abordar durante a entrevista</li> </ul>





## **Informação ao Participante**

A presente investigação, com o título: “Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação no Contexto de Pré-hospitalar - VMER”, insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado, integrada no VI curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sendo o investigador Vítor José Fernandes Rocha, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira do IPVC e Coorientação da Mestre, Rosa Olívia, enfermeira especialista da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Este estudo tem por objetivo geral conhecer a importância atribuída pelos enfermeiros à documentação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica no contexto de pré-hospitalar – VMER e os dados serão recolhidos através de uma entrevista semiestruturada.

A sua participação é voluntária e só deve aceitar depois de devidamente esclarecido.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão apenas utilizados no âmbito desta investigação. Está garantido também o direito de recusar participar ou de interromper a sua participação a qualquer momento.

A presente Folha de Informação ao Participante ser-lhe-á entregue, devendo lê-la com atenção, colocar questões se as tiver e, de seguida, assiná-la. Será também assinada pelo investigador e ficará na posse do participante. De seguida, ser-lhe-á apresentado o Consentimento Informado, documento no qual aceita participar na investigação, devendo ser assinado por ambas as partes e que ficará na posse do investigador.

Se aceitar participar nesta investigação, por favor, assine este documento e guarde-o para si. Para qualquer questão ou se quiser tomar conhecimento dos resultados globais do estudo, deverá contactar o investigador.

Nome do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração.

Vítor José Fernandes Rocha

Telemóvel: 918825805

e-mail: vitor.enfrocha@gmail.com



## **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, **“Documentação de Cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação no Contexto de Pré-hospitalar - VMER”**, realizado por Vítor José Fernandes Rocha, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Aurora Gonçalves Pereira do IPVC e Coorientação da Mestre, Rosa Olívia, enfermeira especialista da Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído, sendo esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que a participação é livre e voluntária, tendo o direito de recusar a todo o tempo a participação no estudo, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista semiestruturada, tendo-me sido explicado em que consiste a mesma. Foi-me informada a garantia do anonimato e confidencialidade de toda a informação cedida e que o estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da minha Instituição.

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

Assim, de forma livre e esclarecida, declaro que aceito participar no estudo de forma voluntária, fornecendo dados que apenas serão utilizados para o estudo.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador:

\_\_\_\_\_



## **APÊNDICE 2**

### **Matriz de Redução de Dados**



<b>ÁREA TEMÁTICA: Cuidados de enfermagem prestados no contexto pré-hospitalar - VMER</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADE DE REGISTO</b>
<b>Rel/c a avaliação do doente</b>	E2: (...) Identificação de sinais de gravidade segundo a metodologia ABCDE (...) E4: (...) abordagem ABCDE inicial do doente E7: (...) abordagem à vítima segundo o ABCDE. E8 (...) cuidados de avaliação da vítima segundo a abordagem ABCDE
<b>Monitorização do doente</b>	E1: Presto cuidados à vítima em situação crítica na monitorização de sinais vitais (...) E1: (...) monitorização dos parâmetros do ventilador (...) posição do tubo endotraqueal E2: (...) monitorização do paciente (...) E4: (...) avaliação dos parâmetros vitais (...) E5: Cuidados de saúde desde (...) avaliação de sinais vitais, à monitorização do doente (...) E6: (...) avaliação dos sinais vitais (...) E7: (...) monitorização de capnografia (...) tensão arterial, frequência cardíaca, escala de coma (...) glicemia capilar. E7: (...) monitorização e controlo de temperatura. E8: (...) realizo a vigilância e monitorização avançada dos doentes. E7 (...) avaliação do tempo de preenchimento capilar (...)
<b>Estabilização do doente</b>	E1: Presto cuidados a nível (...) da estabilização hemodinâmica (...) E2 (...) estabilização da vítima (...) antes do transporte para o hospital (...) E5: (...) no fundo, tendo em vista assegurar uma abordagem correta, uma estabilização adequada do doente (...) antes da transferência (...)
<b>Execução de técnicas de imobilização e posicionamento</b>	E1: Presto cuidados a nível das técnicas de imobilização (...) E6: Imobilização do doente com colar cervical e colocação de plano duro (...) E1: (...) estabilização cervical E6: (...) posicionamento do doente (...)
<b>Abordagem à via aérea</b>	E1: Colocação de (...) ventilação não invasiva (...) E1: (...) permeabilização da via aérea do doente (...) E6: (...) toda uma série de técnicas de abordagem à via aérea, ao recurso a meios adjuvantes básicos ou mais avançados) E6: (...) assegurar a via aérea na entubação. E1: (...) Aspiração de secreções (...) E6: (aspiração de secreções (...) E7: (...) colocação de oxigénio (...)

<b>Definidas em protocolos e algoritmos</b>	<p>E4: (...) aplicação de protocolos complexos e algoritmos emitidos pelo INEM</p> <p>E8: (...) gestão de situação de catástrofe. Triagem primária e secundária.</p> <p>E8: (...) técnicas de evacuação e cuidados relacionados com transporte em segurança da vítima</p> <p>E1: (...) cuidados relacionados com cardioversão se for o caso, desfibrilhação nas vítimas de PCR.</p> <p>E1: Colocação de pacemaker externo no doente com bradiarritmias</p> <p>E6: (...) muitas vezes asseguramos as manobras, a desfibrilhação.</p> <p>E8 (...) técnicas e procedimentos de enfermagem (...) suporte avançado de vida.</p>
<b>Rel/c controlo de infeção</b>	<p>E1: Presto cuidados a nível das técnicas (...) de controlo de infeção (...)</p> <p>E8: (...) controlo de infeção.</p>
<b>Gestão da dor</b>	<p>E1: Presto cuidados a nível das técnicas de alívio da dor.</p> <p>E2: (...) Identificação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor(...)</p> <p>E3: (...) cuidados de enfermagem como os relacionados com (...) controlo da dor.</p>
<b>Rel/c apoio emocional à família</b>	<p>E2: (...) Apoio emocional e psicológico aos familiares</p>
<b>Rel/c comunicação de más notícias</b>	<p>E8: (...) cuidados relacionados com a comunicação com (...) a família.</p> <p>E8: (...) técnicas de comunicação, incluindo comunicação de más notícias (...)</p>
<b>Administração terapêutica</b>	<p>E1: (...) administração de sedação, analgesia se for o caso.</p> <p>E4: (...) administração de medicação (...)</p> <p>E5: (...) administração de medicação (...)</p> <p>E6: (...) administração de terapêutica (...)</p>
<b>Realização de ECG</b>	<p>E6: (...) realização de ECG (...)</p> <p>E7: (...) realização de eletrocardiograma (...)</p>



**ÁREA TEMÁTICA: Informação documentada no contexto de pré-hospitalar - VMER**

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
<b>Ausência de documentação</b>		<p>E1: Nenhuma, quando fazemos o registo é em situações multivítimas (...) na situação multivítimas o médico preenche um verbete e eu outro.</p> <p>E2: Habitualmente, nada. Só em situações em que temos várias vítimas é que registo (...)</p> <p>E5: Só mesmo naquelas situações multivítimas é que poderemos fazer algum registo, mas no geral não fazemos.</p> <p>E6: Por rotina, nenhuma. Em algumas situações multivítimas (...) registo.</p> <p>E7: (...) só em situações pontuais é que documento alguma coisa (...) como nos cenários multivítimas (...)</p> <p>E8: (...) à exceção dos cenários multivítimas (...) por norma não registo nada.</p>
<b>Identificação da vítima</b>		<p>E1: No campo da identificação da vítima (...) registo os dados da vítima (...)</p> <p>E2: (...) género do doente, idade, (...) local da ocorrência na identificação da vítima.</p> <p>E4: (...) aquela que consta nos campos do verbete (...) género, idade, local da ocorrência (...)</p> <p>E7: Documento a identificação do doente (...) no campo da identificação da vítima</p>
<b>Avaliação da vítima</b>	Antecedentes pessoais	<p>E4: (...) na avaliação da vítima (...) antecedentes pessoais (...)</p> <p>E6: (...) antecedentes do doente e medicação habitual.</p> <p>E7: (...) antecedentes (...) no campo da avaliação da vítima</p>
	Sinais e sintomas	<p>E1: (...) registo (...) sinais e sintomas (...)</p> <p>E2: (...) sinais e sintomas (...)</p> <p>E4: (...) sinais e sintomas (...)</p> <p>E7: Sinais e sintomas (...)</p>
	Sinais vitais	<p>E1: (...) sinais vitais (...)</p> <p>E2: (...) sinais vitais (...)</p> <p>E4: (...) sinais vitais (...)</p> <p>E6: (...) sinais vitais</p>
	Características das lesões	<p>E1: (...) lesões visíveis no campo da avaliação da vítima.</p> <p>E4: (...) local da lesão, superfície de área queimada.</p>
<b>Atuação da equipa</b>	Terapêutica administrada	<p>E1: (...) terapêutica administrada (...) no campo da atuação da equipa.</p> <p>E2: (...) medicação administrada (...)</p> <p>E4: (...) medicação administrada (...)</p>

	Procedimentos técnicos	E7: Dados relativos à atuação da equipa (...) técnicas como a colocação de acesso, oxigénio (...) E8: (...) procedimentos técnicos (...) Quando falo em procedimentos técnicos, falo por exemplo de colocação de acesso venoso periférico, colocação de oxigénio, entubação endotraqueal
	Evolução do doente	E1: (...) evolução do doente (...) E2: (...) evolução do doente (...) E4: (...) a evolução d doente. E7: (...) evolução favorável ou não.
	Hospital de destino	E1: (...) hospital de destino no campo da atuação da equipa E2: (...) local para onde o doente é transportado (...) E7: (...) hospital de destino (...)
<b>Hipóteses diagnósticas</b>		E2: (...) hipóteses diagnósticas. E4: (...) hipóteses diagnósticas (...)

<b>ÁREA TEMÁTICA: Fatores que interferem na documentação de cuidados de enfermagem no pré-hospitalar</b>		
<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTO</b>
<b>Registos centrados no médico</b>		E1: Dos cuidados que presto, em situações normais não registo nenhum. Esse trabalho é feito pelo médico. E2: Na minha prática e numa situação de rotina a informação é registada pelo médico. E3: (...) nos últimos turnos que fiz no pré-hospitalar, não me lembro de documentar nada. (...) Exclusivamente cuidados de enfermagem, sinceramente não me lembro de os registar. E4: Na VMER os registos são habitualmente feitos pelo médico (...) E5: Se estamos a falar propriamente do registo de cuidados de enfermagem, não é feito quase nenhum E6: Os registos são realizados pelo médico (...) E7: Os registos são feitos pelo médico e só em situações pontuais é que documento alguma coisa (...)
<b>Desvalorização da prática de documentação de cuidados</b>		E3: (...) consigo facilmente reconhecer as limitações, mas a verdade é que até ao momento pouco ou nada fiz para ajudar a ultrapassar essas limitações. E3: (...) Nós enfermeiros ainda não temos uma relação simples e saudável com os registos (...) temos muita relutância aos registos e ao ter que escrever. E3: (...) não tenho hábito de registar nada da minha atividade. E8: (...) a principal dificuldade está relacionada com alguma inércia da parte dos enfermeiros

<b>Relacionados com a ferramenta informática ITEAMS</b>	Acesso condicionado aos enfermeiros	<p>E1: (...) não temos login de acesso ao ITEAMS.  E2: Acesso médico quase exclusivo.  E5: Temos apenas um computador e normalmente é o médico que utiliza.  E:6 Nós enquanto enfermeiros até nem temos sequer uma password para entrar no ITEAMS  E6: Nós basicamente não temos acesso formal ao ITEAMS (...) Se o médico não introduzir a password nós não podemos registar nada.  E7: O acesso é exclusivamente médico porque é ele que tem password para login  E8: Basta pensar que nem sequer temos login próprio (...)</p>
	Difícil manuseio	<p>E2: (...) o ITEAMS, é um aplicativo informático, por vezes lento (...)  E2: (...) o sistema informático é muito lento (...)  E3: (...) não é um suporte que seja fácil de manusear, que facilite a documentação (...)  E5: O ITEAMS é mais confuso, às vezes mais lento, demora mais tempo (...)</p>
	Estrutura	<p>E1: (...) o ITEAMS (...) não veio acrescentar nenhum campo específico para aquilo que são os cuidados de enfermagem.  E1: (...) não há espaço para registar no verbete (...)  E1: Quantas vezes não sou eu a permeabilizar a via aérea (...) e não há nenhum campo para este tipo de registo.  E2: (...) inexistência de campos específicos para a documentação de cuidados (...)  E4: É gritante a inexistência de campos específicos para a documentação de cuidados de enfermagem.  E4: (...) os atuais meios de registo não contemplam campos específicos para o enfermeiro realizar os seus registos.  E5: Os campos do ITEAMS são super-pequenos, não dá para escrever quase nada em linguagem corrente (...)  E6: (...) o ITEAMS é muito limitado em termos de espaço para escrita livre (...)  E6: E não há muito espaço para outro tipo de registos (...)  E7: (...) não tem nenhum espaço próprio para registos de enfermagem, ainda que em notas livres.  E8: (...) inexistência se um separador exclusivo da parte de enfermagem.</p>
<b>Relacionados com a informação documentada</b>	Tipo de informação a documentar	<p>E3: (...) registo centrada na atividade de uma determinada classe profissional (...)  E3: (...) porque neste contexto de VMER não podemos estar aqui com diagnósticos e intervenções e definir horários, mas também não há espaço para registar a nossa tomada de decisão.  E6: (...) reduz-se apenas a clicar em técnicas e sinais vitais (...)  E6: (...) acho que a ficha está muito formatada para a execução de técnicas sem sabermos quem as realizou  E6: (...) quase tudo está condicionado e direcionado àquelas respostas (...)  E8: Não existem campos para as nossas intervenções autónomas</p>
	Inexistência de uma Linguagem classificada	<p>E2: (...) a utilização de uma linguagem inem e não uma linguagem classificada internacional para a prática de cuidados de enfermagem são as grandes dificuldades.  E6: O principal entrave é não haver uma linguagem que nos permitisse registar de forma clara.</p>

<b>Relacionados com a organização/gestão</b>	Disponibilidade de tempo	E2: Não existe tempo para preenchimento das fichas (...) E3: (...) não ter tempo para fazer registos. E4: (...) pela natureza deste contexto (...) a documentação passa muitas vezes para segundo plano. E5: Não há disponibilidade de tempo para que tudo fique corretamente registado. E7: (...) pouco tempo para registos (...) E8: (...) isto sem considerar o tempo, tantas vezes escasso para efetuar registos
	Condução da VMER pelo enfermeiro	E2: (...) o enfermeiro tem que conduzir. E7: (...) a grande dificuldade está relacionada com (...) o facto de desempenharmos várias tarefas logísticas ao mesmo tempo como conduzir a viatura E8: (...) necessidade de repor a carga da viatura (...)

**ÁREA TEMÁTICA: Sugestões de melhoria da documentação de cuidados de enfermagem**

CATEGORIA	SUB-CATEGORIA	SUB-SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
<b>Relacionados com o enfermeiro</b>	Criar espaço de reflexão sobre a documentação		E3: (...) que mais gente pense sobre o assunto, que se reconheça que há aqui um problema. E7: Em primeiro é preciso (...) perceber a necessidade registo E3: (...) reflexão sobre o que é que deve ficar registado, o que é que temos que registar, como registar (...) E3: (...) temos de saber o que é que tem que ficar registado, em termos concretos, que informação temos que fazer transbordar para aquele instrumento. E3: (...) nós enfermeiros, nem fizemos uma reflexão séria sobre o assunto.
<b>Relacionados com a ferramenta informática ITEAMS</b>	Criar acesso aos enfermeiros		E1: (...) providenciar credenciais de acesso ao aplicativo. E5: (...) acesso partilhado à aplicação, tanto pelo médico como pelo enfermeiro E6: (...) acesso partilhado ao ITEAMS. E8: (...) criar credenciais de acesso ao ITEAMS.
	Otimizar o manuseio		E2: (...) criar um sistema mais rápido para registo. E4: (...) fazer um upgrade ao ITEAMS na tentativa de o tornar mais rápido E5: (...) ITEAMS (...) se fosse um bocadinho mais rápido seria ótimo E7: (...) criar um instrumento de registo ou atualizar o atual (...)

	Estrutura		<p>E1: (...) introdução de campo específico para os cuidados de enfermagem.  E4: (...) introduzir um campo específico para o enfermeiro registar  E5: (...) garantir algum local de preenchimento dos cuidados de enfermagem  E6: (...) acho que no ITEAMS devia haver um campo de registo da parte médica e um da parte de enfermagem.  E8: (...) criar um campo específico para registo da atividade de enfermagem.</p>
	Interoperabilidade		<p>E2: (...) Melhor articulação do sistema ITEAMS com o sistema hospitalar (...)  E4: (...) esta aplicação devia funcionar em rede com todos os outros aplicativos das unidades hospitalares.</p>
<p><b>Relacionados com a informação documentada</b></p>	<p>Tipo de informação a documentar</p>	<p>Intervenções autónomas</p>	<p>E1: Toda a informação devia ser documentada (...) principalmente deviam ser registadas todas a intervenções independentes.  E2: (...) deviam ser documentadas todas as intervenções autónomas (...) na prestação de cuidados ao doente crítico. (...) medidas não farmacológicas de alívio da dor.  E3: Todos os cuidados deviam ficar registados (...) sejam exclusivamente autónomos (...)  E:4 (...) todas as intervenções, sejam elas autónomas deviam ficar registados (...)</p>
		<p>Intervenções interdependentes</p>	<p>E2: (...) todas as intervenções (...) interdependentes (...) na prestação de cuidados ao doente crítico deviam estar registadas.  E3: Todos os cuidados deviam ficar registados (...) até os cuidados interdependentes deviam ficar registados.  E:4 (...) todas as intervenções, sejam elas (...) interdependentes (...) deviam ser registadas</p>
		<p>Atitudes terapêuticas</p>	<p>E2: (...) registar as atitudes terapêuticas na prestação de cuidados ao doente crítico.  E3: Todos os cuidados deviam ficar registados (...) ou atitudes terapêuticas (...)  E:4 (...) todas as intervenções deviam ficar registadas, sejam (...) atitudes terapêuticas dos enfermeiros.</p>

		Cuidados à família	<p>E2: (...) medidas de (...) apoio à família enquanto registo.</p> <p>E6: Para além dos cuidados ao doente (...) também despendemos de algum tempo de apoio à família que não fica registado (...) Até quando são situações de morte (...) enquanto enfermeiros prestamos ali algum apoio aos familiares que não fica descrito em lado nenhum e devia.</p> <p>E7: (deveriam ser documentados os cuidados prestados à família, como apoio emocional.</p> <p>E8: (...) principalmente as intervenções autónomas nomeadamente (...) apoio à família. (...) Nesses momentos despendemos de algum tempo para possíveis ensinios e orientações à família (...)</p>
	Apresentação da informação	Texto livre	<p>E1: (...) registar as nossas intervenções sob a forma de texto livre (...)</p> <p>E4: (...) registar todas as suas intervenções autónomas (...) em forma de texto livre (...)</p>
		Abordagem ABCDE	<p>E3: Registo (...) segundo uma abordagem ABCDE</p> <p>E7: (...) registo de cuidados prestados sob a forma de um ABCDE</p>
<b>Relacionados com a organização/gestão</b>	Disponibilidade de tempo		<p>E7: (...) repensar se todas as outras tarefas (...) devem ser efetivamente realizadas por nós, enfermeiros?</p> <p>E8: Relativamente ao facto de não haver tempo para os registos (...) esses registos poderiam ser feitos à posterior.</p>

<b>ÁREA TEMÁTICA: Contributos da documentação de cuidados de enfermagem</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTO</b>
<b>Continuidade dos cuidados</b>	<p>E1: Na minha opinião, os contributos são a continuidade de cuidados. É difícil perceber o que foi feito pelo enfermeiro a determinado doente (...)</p> <p>E2: E continuidade de cuidados, porque muitas vezes é preciso ligar para o colega da urgência para lhe passar alguma informação importante (...)</p> <p>E3: (...) este registo de informação garante a continuidade dos cuidados.</p> <p>E5: Essa documentação é uma mais-valia em termos de continuidade de cuidados (...)</p> <p>E6: (...) mostrar o que é que realmente aconteceu aquele doente e qual foi a evolução dele durante o transporte e durante a permanência da equipa da VMER.</p> <p>E7: (...) continuidade dos cuidados (...)</p>

<b>Qualidade dos cuidados</b>	E4: Acho que seria uma mais valia recorrer a dados objetivos com base científica que provassem que as nossas intervenções melhoram, por exemplo, o <i>outcome</i> do doente após alta hospitalar. E5: No fundo, a existência da enfermagem no pré-hospitalar é assegurar um upgrade de qualidade no atendimento ao doente (...)
<b>Segurança dos cuidados</b>	E3: (...) garante a segurança dos cuidados, é fundamental saber se já fizemos isto ou aquilo. E4: Eu diria até que uma grande vantagem seria controlar riscos precocemente. E7: (...) segurança dos cuidados.
<b>Visibilidade</b>	E2: (...) visibilidade porque as nossas intervenções, quando registadas, fazem com que nos distingamos de outro. E6: Um dos contributos seria a representação prática do trabalho do enfermeiro (...) mostrar realmente qual é o nosso papel e a importância do nosso papel no pré-hospitalar. E7: Há, e visibilidade também. Pouca gente sabe que uma VMER é tripulada por médico e enfermeiro. E8: (...) podiam ser uma mais-valia na visibilidade daquilo que é o trabalho dos enfermeiros no pré-hospitalar (...)
<b>Investigação</b>	E4: (...) acho que a documentação poderia servir, ou os dados obtidos dela, poderia ajudar na produção científica. E8: Se esta documentação fosse efetivamente feita, penso que os grandes contributos seriam na área do conhecimento (...) Também me parece que pudessem ter um grande contributo para trabalhos de investigação na área.
<b>Auditoria</b>	E2: Auditoria, isto porque neste momento não há forma de auditar o que os enfermeiros fazem na VMER. E5: Até em termos de auditorias futuras, ter alguma coisa que uma pessoa possa palpar para efetuar essas auditorias.
<b>Suporte legal</b>	E2: Já fui algumas vezes a tribunal (...) e não tenho nada escrito a que possa recorrer (...) E3: (...) suporte legal. Todos nós temos a noção de que tudo o que fazemos tem que estar documentado se não corremos o risco de ser possível alguém afirmar que não foi realizado (...) E5: Em termos legais é importante também estar lá algum registo. E7: (...) podem nos ajudar nas questões legais, isto porque se não está registado é porque não foi feito.

