

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM
ENFERMAGEM NO CENTRO
HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE
LISBOA**

(Follow up do Projecto CIPE/SAPE)

Daniel Lopes

Enf. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Relatório final após a realização das provas públicas

Orientador

Dulce Cabral de Magalhães

Évora

2010

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM
ENFERMAGEM NO CENTRO
HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE
LISBOA**

(Follow up do Projecto CIPE/SAPE)

Daniel Lopes

Enf. Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Relatório apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Relatório final após a realização das provas públicas

Orientador

Dulce Cabral de Magalhães

Évora

2011

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI

Presidente: Professor Doutor Manuel José Lopes

Vogal: Professor Assistente João Mendes

Vogal: Professora Assistente Dulce Cabral de Magalhães

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dulce Cabral,
Orientadora do meu Relatório de Mestrado, que demonstrou sempre tanta compreensão,
interesse pela minha formação e empenho em me acompanhar com profissionalismo e
competência exemplares. É um marco na minha formação e percurso profissionais.

Ao Enf. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Alexandre Costa,
Coordenador do Projecto CIPE/SAPE, e à restante Equipa Coordenadora do projecto,
que desde o primeiro momento compreendeu a importância abrangente de um Mestrado
Profissionalizante e demonstrou toda a disponibilidade e interesse em que eu
desenvolvesse um trabalho válido academicamente e útil para o contexto profissional.

À Enf.^a Especialista em Saúde Comunitária Cecília Simões,
Minha esposa, que me acompanhou durante este processo de formação, me ajudou a
ultrapassar as dificuldades que foram surgindo e sobretudo conseguiu compreender de
forma única as três dimensões envolvidas:
pessoal, académica e profissional.

Resumo

Os sistemas de informação em enfermagem têm actualmente um papel preponderante nos sistemas de informação em saúde: são considerados fundamentais na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, o recurso a linguagens classificadas e a tecnologias de informação é facilitador da sua implementação e da avaliação de resultados. Este relatório retrata um *follow up* realizado a um projecto de implementação da CIPE/SAPE no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa que auditou por um lado as percentagens de doentes com avaliações iniciais e diagnósticos de enfermagem e por outro a qualidade da informação documentada desde o início de 2009 ao segundo trimestre de 2010, tendo em conta as orientações dadas. Com este trabalho verificou-se a utilização generalizada em todos os serviços desta nova forma de documentação da informação, havendo contudo défices na quantidade de documentação face ao total de doentes internados e défices na qualidade da informação que está a ser documentada.

Abstract

The nursing information system at the Lisbon Psychiatric Hospital Centre

The nursing information systems play an important role nowadays within de health information systems: they're considered essential for the improvement of the care quality. The use of classified languages and information technologies facilitate both its implementation and evaluation. This report is about a follow up developed up on a CIPE/SAPE implementation project at the Lisbon Psychiatric Hospital Centre that evaluated the percentages of patients with "primary evaluations" and "nursing diagnosis" as well as the quality of the documented information from the beginning of 2009 to the second trimester of 2010, according to previously given guidelines. This work identified a general use of this new method of documentation in every department. However, gaps were identified in the amount of information produced, comparing to the number of inpatients, and weaknesses were pointed in the quality of the documented information.

Siglas

AI – Avaliações Iniciais

CA – Conselho de Administração

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP I – Clínica Psiquiátrica I

CP II – Clínica Psiquiátrica II

CP III – Clínica Psiquiátrica III

CP IV – Clínica Psiquiátrica IV

CP V – Clínica Psiquiátrica V

CP VI – Clínica Psiquiátrica VI

DE – Diagnósticos de Enfermagem

h - Horas

HJM – Hospital Júlio de Matos

HMB – Hospital Miguel Bombarda

ICN – International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)

IGIF – Instituto de Gestão e Informação Financeira

OE – Ordem dos Enfermeiros

RP I – Residência Psiquiátrica I

RP II – Residência Psiquiátrica II

RP III – Residência Psiquiátrica III

RP IV – Residência Psiquiátrica IV

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

UIPFORENSE – Unidade de Internamento Psiquiatria Forense

Índice

Introdução	5
Capítulo 1 - Enquadramento Metodológico	10
1.1. Caracterização do contexto	10
1.1.1. O CHPL	10
1.1.2. O SAPE	11
1.2. Percurso Metodológico - O Projecto CIPE/SAPE no CHPL	12
1.2.1. Auditoria à informação documentada pelos enfermeiros.....	15
1.2.1.1. Primeira parte da auditoria: Objectivos estratégicos e indicadores do CHPL 16	
1.2.1.1.1. O processo de recolha dos dados	16
1.2.1.1.2. O tratamento dos dados relativos aos objectivos estratégicos.....	17
1.2.1.2. Segunda parte da auditoria: Qualidade da informação documentada	19
1.2.1.2.1. A construção do Instrumento de colheita de dados	19
1.2.1.2.2. A selecção da amostra	20
1.2.1.2.3. O processo de recolha dos dados no SAPE	21
1.2.1.2.4. A aplicação do Instrumento de colheita de dados.....	22
1.2.1.2.5. A codificação das observações/anotações livres do auditor	23
1.2.2. Contingências ao Projecto CIPE/SAPE	24
1.2.3. Considerações éticas	25
Capítulo 2 – Resultados e Discussão	26
2.1 Primeira parte da auditoria: Objectivos estratégicos e indicadores da instituição..	26
2.1.1 Evolução do número de doentes com Avaliações Iniciais	26
2.1.2 Evolução do número de doentes com Diagnósticos de Enfermagem	31
2.1.3 Discussão dos resultados da primeira parte da auditoria	35
2.2 Segunda parte da auditoria: Qualidade da informação documentada	38

2.2.1	Pontuações de cada serviço.....	38
2.2.2	Pontuações do CHPL e codificação das observações/anotações do auditor	41
2.3	Discussão dos resultados da segunda parte da auditoria.....	56
2.4	Discussão final.....	57
Conclusões.....		60
Referências Bibliográficas.....		63
Anexos.....		65
ANEXO I – Instrumento de orientação para os auditores		66
ANEXO II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração.....		77
ANEXO III – Parecer positivo da Comissão de Ética do CHPL e autorização do Conselho de Administração		79

Índice de Tabelas

Tabela 1: Lotação do CHPL por serviços/unidades	11
Tabela 2: Percentagens da amostra	21
Tabela 3: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Clínicas)	26
Tabela 4: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Clínicas)	27
Tabela 5: Sem Avaliações iniciais (Clínicas)	28
Tabela 6: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Residências)	29
Tabela 7: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Residência)	29
Tabela 8: Sem avaliações iniciais (Residências)	30
Tabela 9: Diagnósticos nas primeiras 72h (Clínicas)	31
Tabela 10: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Clínicas)	32
Tabela 11: Sem diagnósticos de enfermagem (Clínicas)	32
Tabela 12: Diagnósticos nas primeiras 72h (Residências)	33
Tabela 13: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Residências)	34
Tabela 14: Sem Diagnósticos de Enfermagem (Residências)	34
Tabela 15: Pontuações dos serviços por subconjuntos de questões	38
Tabela 16: Pontuações Globais dos Serviços	40
Tabela 17: Resultados globais do CHPL – Qualidade da informação documentada ...	41

Índice de Figuras

Figura 1: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Clínicas)	27
Figura 2: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Clínicas)	27
Figura 3: Sem Avaliações iniciais (Clínicas)	28
Figura 4: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Residências)	29
Figura 5: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Residências)	30
Figura 6: Sem avaliações iniciais (Residências)	30
Figura 7: Diagnósticos nas primeiras 72h (Clínicas)	31
Figura 8: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Clínicas)	32
Figura 9: Sem diagnósticos de enfermagem (Clínicas)	33

Figura 10: Diagnósticos nas primeiras 72h (Residências)	33
Figura 11: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Residências)	34
Figura 12: Sem Diagnósticos de Enfermagem (Residências)	35
Figura 13: Qualidade das Avaliações iniciais dos serviços	38
Figura 14: Qualidade do registo dos Diagnósticos de Enfermagem	39
Figura 15: Qualidade da Relação entre Diagnósticos e Intervenções	39
Figura 16: Qualidade do registo das Intervenções	40
Figura 17: Pontuações Globais dos Serviços	41
Figura 18: Resultados globais CHPL – Qualidade da informação documentada	41
Figura 19: Árvore completa da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL	42
Figura 20: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa à Avaliação inicial	43
Figura 21: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa aos diagnósticos	48
Figura 22: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa às intervenções	51
Figura 23: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa à Relação entre diagnósticos e intervenções	53
Figura 24: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa ao registo em Notas Gerais	54

Introdução

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (actualmente Instituto Português da Qualidade) e o Instituto da Qualidade em Saúde (extinto) [1].

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária. Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local. Claramente, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde [1].

Têm responsabilidade nesta matéria a Ordem dos Enfermeiros (OE) e as instituições de saúde. Compete ao Conselho de Enfermagem da OE definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais [2] zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente. Por sua vez, às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorável do desenvolvimento profissional dos enfermeiros [1].

Porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenhamento destes em prol da qualidade. O maior desafio passa por reformar métodos e técnicas que demonstraram não beneficiar os cidadãos. A qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir –, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados [1].

Não é suficiente aprovar projectos de qualidade, as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, para que os projectos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.

É neste quadro que em Dezembro de 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Este documento deve constituir-se como um referencial à luz do qual os enfermeiros se podem envolver num processo de reflexão acerca do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população [1].

O sexto destes enunciados descritivos de qualidade refere-se à organização dos cuidados de enfermagem no qual, na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem. São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros: a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem e a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.

Noutros países, caso do Canadá, uma referência mundial para a Enfermagem, existem também organizações que se pronunciaram sobre esta matéria. A Canadian Federation of Mental Health Nurses [3] considera que a avaliação efectiva, o diagnóstico e a monitorização são actividades centrais do enfermeiro. Para concretizar estas actividades o enfermeiro deve registar e analisar a informação inicial que identifica, elaborar e registar o plano de cuidados, reformular e expandir a análise da informação do cliente e avaliar continuamente e antecipar potenciais necessidades e riscos.

O exercício profissional da enfermagem é, como se vê, profundamente marcado pela informação documentada pelos enfermeiros. Os modelos tradicionais de registo da informação, na enfermagem, caracterizam-se pela sua natureza pouco estruturada e utilização de texto livre para produzir narrações do processo de cuidados pouco sistemáticas e cronologicamente orientadas [4] (p.36). Os enfermeiros extraem poucas

vantagens da informação processada nos registos de enfermagem: não retiram conhecimento da experiência documentada. Além disso, a falta de recompensa do ritual de fazer os registos limita o interesse dessas actividades à produção de documentos com valor legal [4] (p.36). O tempo despendido a produzir a documentação é, assim, visto como tempo mal empregue. É neste enquadramento que alguns autores salientam que urge melhorar a utilidade dos registos de enfermagem [4] (p.36).

Actualmente, as ferramentas informáticas parecem anunciar uma nova oportunidade para, em fracções de segundos, se responder a perguntas colocadas aos registos de enfermagem, permitindo a organização, tratamento e gestão de dados, informação e conhecimento processados na documentação dos cuidados. No entanto, as respostas positivas às perguntas dependem dos dados que residem nos registos de enfermagem e da estruturação dos dados alojados no sistema [4] (p.36).

Num estudo desenvolvido em três serviços de diferentes instituições Hospitalares Portuguesas [4] a estrutura do sistema de informação em enfermagem (SIE) em uso era suportada por um conjunto de impressos nos quais os enfermeiros documentavam dados relativos aos cuidados de enfermagem. Esses impressos residiam habitualmente no processo clínico do doente, constituindo com outros documentos (laboratoriais, médicos, imagiológicos...) o repositório da informação em papel relativamente ao episódio de internamento na sua globalidade. Esses impressos consistiam em: “Apreciação inicial”, “Plano de cuidados”, “Folha de transferência”, “Notas de Enfermagem”, “Gráficos/Tabelas” e “Folha de terapêutica” [4] (p. 69).

Independentemente das variações existentes em cada unidade, existem características problemáticas comuns nos SIE que importa destacar [4] (p.101-105).

Problemas quanto à apreciação inicial: num serviço não era utilizado qualquer impresso, nos outros uma parte significativa dos dados referia-se a atitudes terapêuticas prescritas.

A duplicação de dados em geral era uma constante. Duplicação dos dados da apreciação inicial com outros impressos; do primeiro turno de notas de enfermagem com quase todas as outras estruturas de sistemas de informação; duplicação de diagnósticos de enfermagem identificados entre o plano de cuidados e as notas de enfermagem e dentro das próprias notas de enfermagem; duplicação de documentação de intervenções de enfermagem, entre muitos outros. No que se refere aos problemas relacionados com a sistematização dos registos, o autor identificou muito poucas

alterações do *status* dos diagnósticos de enfermagem documentados o que inviabiliza o julgamento relativamente à evolução do diagnóstico de enfermagem; não havia ainda sistematização na definição de objectivos/critérios de resultados. Problemas quanto à integridade referencial dos registos: foi identificado um número significativo de intervenções de enfermagem documentadas sem documentação do diagnóstico de enfermagem associado; existiam parâmetros vigiados/monitorizados sem prescrição nem diagnóstico de enfermagem associado. Problemas quanto à subvalorização do plano de cuidados: o tempo despendido a documentar em plano de cuidados é claramente inferior quando comparado com o tempo despendido a documentar em notas de enfermagem. Porém, há mais diagnósticos de enfermagem documentados em notas de enfermagem que em plano de cuidados, verificando-se o mesmo com as intervenções de enfermagem. Na questão da linguagem: foram identificadas muitas maneiras de descrever os diagnósticos e as intervenções de enfermagem [4].

Muitos destes problemas ficam facilitados com a utilização de uma linguagem classificada. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é um dos projectos da maior relevância do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para a melhoria dos cuidados de enfermagem e da saúde das populações em geral [5]. A CIPE trata-se de um sistema unificado da linguagem de Enfermagem que facilita o desenvolvimento e o cruzamento dos termos e terminologias existentes localmente [6]. A CIPE integra uma infra-estrutura global da prática dos cuidados de saúde e de políticas que tem como objectivo melhorar os cuidados aos clientes por todo o mundo [7].

Estrategicamente, a CIPE serve como um instrumento de articulação e compreensão do contributo da enfermagem para a saúde e para os cuidados de saúde globalmente. Por outro lado, promove a harmonização com outras classificações usadas e com o trabalho de diversos grupos na saúde e na enfermagem [7].

De acordo com o ICN os benefícios da CIPE são vários: define um padrão internacional que facilita a descrição e a comparação da prática de enfermagem; concretiza-se como um sistema unificado de uma linguagem de enfermagem para uma enfermagem internacional baseada numa terminologia padronizada do estado da arte; representa os conceitos de enfermagem usados nas práticas local, regional, nacional e internacional, de forma transversal a especialidades clínicas, linguagens e culturas; proporciona informação acerca da prática de enfermagem que influencia as tomadas de

decisão, a educação e políticas nas áreas das necessidades dos doentes, intervenções de enfermagem, indicadores de saúde e utilização de recursos; facilita o desenvolvimento de conjuntos de informação de enfermagem na investigação que orienta as políticas ao descrever e comparar cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades pelo mundo inteiro; melhora a comunicação dentro da disciplina de enfermagem e com outras disciplinas; estimula os enfermeiros a reflectirem sobre a sua prática e influencia melhorias na qualidade dos cuidados [7].

A problemática anterior dos SIE está na base da criação do Projecto Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem/Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (Projecto CIPE/SAPE) no CHPL no qual participo como elemento da equipa coordenadora desde o seu início. Ao propor-me a realizar o Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental nesta temática tenho como objectivo documentar a minha participação num projecto em curso nesta instituição, e dentro deste projecto documentar mais especificamente um processo de auditoria que decorreu ao SIE que está actualmente em uso. Este relatório tem também como objectivo constituir-se como uma reflexão e um ponto de situação que possa ser um termo de comparação no futuro.

Capítulo 1 - Enquadramento Metodológico

1.1. Caracterização do contexto

1.1.1. O CHPL

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL) é uma instituição hospitalar dedicada à prestação de cuidados de saúde mental e psiquiatria. Foi criado pela Portaria 1373/2007 de 19 de Outubro integrando o Hospital Júlio de Matos e o Hospital Miguel Bombarda [8].

No Hospital Miguel Bombarda estão actualmente em funcionamento dois serviços de internamento: a Residência Psiquiátrica IV, serviço dedicado ao internamento de doentes de evolução prolongada - e a Unidade de Internamento de Psiquiatria Forense, dedicado ao internamento de doentes inimputáveis. Além destes tem ainda em funcionamento o Hospital de Dia, dedicado à integração e reabilitação psico-sociais em regime diurno.

Quanto ao Hospital Júlio de Matos, apesar de não existir uma divisão oficial no organograma, tem duas principais vertentes de cuidados: Clínicas Psiquiátricas (CP), dedicadas ao internamento de doentes agudos de diferentes sectores geodemográficos; e as Residências Psiquiátricas (RP), dedicadas ao internamento de doentes de evolução prolongada. Tem ainda o serviço de Convalescença, e o serviço de Residências - Reabilitação. Este último é constituído por um conjunto de unidades e casas separadas fisicamente. Além destes existem ainda o Hospital de Dia, o Serviço de Consultas Externas e os Núcleos de Intervenção Comunitária em Torres Vedras, Vila Franca de Xira, Mafra, Olivais.

Para o presente trabalho têm relevância os serviços de internamento uma vez que a aplicação informática SAPE tem os módulos de Avaliação Inicial e de Processo de Enfermagem implementados nesses serviços. É sobre estes módulos do SAPE, que será aprofundado mais à frente, que se debruça este relatório.

Na tabela 1 apresentam-se as lotações dos diversos serviços e unidades do CHPL.

LOTAÇÃO DO CHPL POR SERVIÇOS/UNIDADES		
CLI.LISBOA CIDADE-SECTOR C-L PAV21-1		29
CLI.PSIQ.II-SECTOR B-PAV.18-A		19
CLI.PSIQ.I-SECTOR A E UTRA-PAV.29-R/C		16
CLI.PSIQ.IV-SECTOR D-PAV.24A-1		23
CLI.PSIQ.VI-SECTOR S/RS-PAV24A		33
CONVALESCENCA PAV.29 1		19
PSIQ.GER.H.NOITE-PAV21 R/C		10
RES.PSIQ.III-PAV.30		48
RES.PSIQ.II-PAV.21C 1		46
RES.PSIQ.I-PAV.16A		52
RES.PSIQ.IV-MB		47
UIPFORENSE-MB		30
RESIDÊNCIAS - REABILITAÇÃO	CASA ALVALADE I	3
	CASA ALVALADE II	5
	CASA DE MARVILA	4
	TREINO RESIDENCIAL-CASA DAS TILIAS	8
	U.V.A.-OLAIAS PAV.17A R/C	10
	U.V.A.-PLATANOS 1 PAV.21C R/C	10
	U.V.A.-PLATANOS 2 PAV.21C R/C	9
	U.V.A.-PLATANOS 3 PAV.21C R/C	9
	U.V.A.-S. RITA PAV.19A	7
	Total Parcial (Residências-Reab)	65
Grand Total		437

Tabela 1: Lotação do CHPL por serviços/unidades.

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL. (7 de Julho de 2010)

1.1.2. O SAPE

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) é uma aplicação informática desenvolvida pelo (extinto) Instituto de Gestão e Informação Financeira (IGIF) do Ministério da Saúde e conceptualizada a partir de um estudo realizado em Portugal [4]. O SAPE visa facilitar a aplicação do processo de enfermagem nas suas diversas fases teóricas: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções, Resultados, Avaliação de Resultados. Vem carregado com a linguagem classificada CIPE β2. Não

está contudo parametrizado, ou seja, preparado para se poder aplicar num doente em particular. O processo de parametrização será aprofundado posteriormente. A CIPE trata-se de uma linguagem classificada, um conjunto de conceitos que necessitam ser organizados consoante a área clínica de forma a traduzirem as diversas fases do processo de enfermagem.

Existe uma grande diversidade de conteúdos entre as unidades de cuidados [4]. Os diagnósticos de enfermagem, as intervenções, o tipo de vigilância dos doentes, entre outras categorias de informação, diferem de unidade para unidade. Por este motivo uma fase fundamental do processo de implementação de um SIE é a parametrização de conteúdos por unidade: diagnósticos de enfermagem, *status* dos diagnósticos, e intervenções, bem como a construção de padrões de documentação e a definição dos dados da Avaliação Inicial.

Os módulos do SAPE que têm relevância para este relatório e que foram parametrizados no âmbito do projecto CIPE/SAPE no CHPL são a avaliação inicial, que corresponde à apreciação inicial [4], e o processo de enfermagem, que compreende a identificação de diagnósticos e a prescrição de intervenções de enfermagem a doentes internados. Na área do SAPE onde os enfermeiros registam a implementação das intervenções existe um campo de documentação da informação designado Notas Gerais, cuja forma de registar é muito semelhante ao registo tradicional em suporte de papel, com organização cronológica, e que tem relevância para este processo de auditoria.

1.2. Percurso Metodológico - O Projecto CIPE/SAPE no CHPL

Em 2006 a Direcção de Enfermagem entendeu ser importante seguir as orientações nacionais e internacionais e promover na instituição o desenvolvimento e a implementação de um SIE informatizado, como foi referido anteriormente.

A Direcção de Enfermagem e o Centro de Formação do HJM promoveram um primeiro curso de formação “CIPE/SAPE”. Desde esse primeiro curso que tem sido formador convidado o Prof. Carlos Sequeira da Escola Superior de Enfermagem de S. João, personalidade de referência nos SIE e na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Apesar de não ter participado como formando nesse curso, já há algum tempo que vinha a desenvolver um interesse particular pela CIPE e pelos SIE. Foi assim

que me aproximei dos elementos responsáveis por esse curso no sentido de aprender e colaborar com as actividades do mesmo.

Devido ao sucesso e receptividade deste primeiro curso têm-se vindo a realizar posteriormente diversas acções no mesmo âmbito cujos objectivos são não só formar para o tema mas despertar e sensibilizar a comunidade para a temática dos SIE, as quais tenho vindo a integrar como formador.

Para operacionalizar o SAPE no CHPL impunha-se, como já foi referido, a parametrização dos diversos módulos que o compõem. Foi constituída uma Equipa Coordenadora do Projecto CIPE/SAPE, para a qual fui convidado. Tratando-se o CHPL de um hospital de uma especialidade clínica, a Saúde Mental e a Psiquiatria, na Equipa Coordenadora do Projecto decidimos, não obstante as especificidades de cada serviço/unidade, realizar uma parametrização única e conjunta para todo o hospital. Esta decisão prendeu-se com dois aspectos fundamentais: as semelhanças entre as características dos diversos serviços nesta instituição e a disponibilidade muito limitada dos elementos da Equipa para desenvolvermos o trabalho a que nos propúnhamos.

As semelhanças referidas são muito mais notórias no caso do CHPL que em hospitais gerais, como foi o caso do estudo referido anteriormente [4]. A equipa decidiu assim elaborar documentação/parametrização única para toda a instituição e que fosse ao encontro de todas as especificidades dos diversos serviços.

A equipa foi constituída por seis enfermeiros com experiência na elaboração de diagnósticos de enfermagem; exercício profissional em diversos tipos de serviços do hospital para que no conjunto estivessem representados todos os tipos de serviços e que nenhuma realidade fosse desconsiderada (Serviço de Urgência, várias Clínicas de doentes agudos, várias Residências de doentes de evolução prolongada, Hospital de Dia, Consultas Externas, Serviços de Reabilitação...); motivação e interesse demonstrado pela temática; domínio no conjunto da equipa de diversas línguas que facilitassem o recurso a bibliografia internacional (Inglês, Francês e Espanhol); domínio de informática que facilitasse a parametrização da aplicação [9].

O primeiro módulo a ser parametrizado foi a Avaliação Inicial de Enfermagem. Nesta fase definiram-se quais os conteúdos a constarem na Avaliação Inicial e parametrizou-se a aplicação informática. Parametrizar a aplicação é precisamente definir por que parâmetros o programa irá funcionar. Estes parâmetros podem ser de diversa ordem: conteúdos a incluir (ex. itens da avaliação inicial; os diagnósticos mais

frequentes, as intervenções sugeridas...), introdução desses conteúdos, acessibilidade dos enfermeiros a esses conteúdos (disponíveis para todos os serviços ou só para alguns), as relações entre os conteúdos (p.ex.: as relações entre os diagnósticos e das intervenções), entre outros aspectos.

A Equipa publicou, internamente ao CHPL, em Abril de 2007 o “*Guia para o preenchimento da Avaliação Inicial CIPE/SAPE*” [10]. Este documento foi assumido como orientação oficial pela Direcção de Enfermagem e divulgado e distribuído em suporte de papel e electrónico pelos vários serviços do hospital, pelas chefias e pelos enfermeiros. Paralelamente decorriam cursos de formação CIPE/SAPE nos quais se sensibilizava a comunidade hospitalar para a importância da realização da Avaliação Inicial de enfermagem e onde se familiarizaram os participantes com a aplicação informática e o seu modo de funcionamento. Posteriormente seguiu-se a implementação progressiva da realização das avaliações iniciais de enfermagem nos serviços de internamento. Primeiro, numa fase de teste (SAPE/TESTE), na qual era pedido aos enfermeiros que registassem as informações dos doentes reais em doentes fictícios da aplicação informática. Este exercício permitiu aos enfermeiros praticarem na aplicação informática o registo da avaliação inicial sem risco de comprometer o processo clínico dos doentes. Mais tarde iniciou-se o registo no SAPE real, no qual os enfermeiros começaram a registar a avaliação inicial no processo informatizado real de cada doente. Esta implementação foi suportada pelo documento referido anteriormente.

De seguida, o trabalho na Equipa Coordenadora prossegue com a selecção e identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem frequentes na instituição. Para tal recorreu-se a um intenso trabalho de pesquisa, recurso a diversos autores, espaços de discussão e exemplos nacionais e internacionais.

Em Fevereiro de 2009 a Equipa Coordenadora do projecto conclui e publica o “*Manual de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem do CHPL*” [9]. Este segundo documento foi igualmente assumido como orientação oficial pela Direcção de Enfermagem e divulgado pelo hospital, pelos serviços e pelos enfermeiros. O conteúdo deste manual foi parametrizado na aplicação SAPE. Este conhecimento começou então a ser transmitido nos cursos de formação CIPE/SAPE que se continuaram a realizar no hospital. Foi também no primeiro trimestre de 2009 que se iniciou a identificação de diagnósticos de enfermagem no SAPE. Nesta fase o registo electrónico coexistiu com o registo tradicional num suporte de papel. A Direcção de Enfermagem definiu então o

início do terceiro trimestre como o prazo para os enfermeiros realizarem os seus registos em exclusivo na aplicação SAPE, abandonando o suporte de papel.

Na sequência dos cursos “CIPE/SAPE” que foram sendo realizados desde o início do projecto, foram constituídos dois Grupos de Enfermeiros Dinamizadores Locais CIPE/SAPE (de cada serviço). Estes Grupos reúnem semanalmente com o Enfermeiro Coordenador do projecto e com outros elementos da Equipa Coordenadora. Abordam-se os mais variados temas relacionados com o projecto “CIPE/SAPE” no CHPL: discussão de dúvidas, discussão de casos clínicos, análise de dificuldades particulares de cada serviço, auscultação e debate alargado sobre questões específicas levadas pela Equipa Coordenadora (ex. revisão do “*Manual de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem do CHPL*”, auditoria aos serviços, instrumento de orientação para os auditores...), entre outros. Estes Grupos de Enfermeiros Dinamizadores têm particular relevância no que diz respeito à reflexão alargada que se promove e à ligação que estabelecem entre a Equipa Coordenadora e os enfermeiros da instituição: uma ligação com um carácter impulsionador do projecto nos seus serviços.

1.2.1. Auditoria à informação documentada pelos enfermeiros

Passado cerca de ano e meio do início da implementação dos registos informatizados, considerámos importante enquanto Equipa Coordenadora desenvolver um *follow up* do decorrer do Projecto CIPE/SAPE.

O *follow up* foi constituído por duas partes: a primeira parte avaliou em que medida os objectivos estratégicos e os indicadores da instituição estavam a ser cumpridos; a segunda parte avaliou a qualidade dos registos dos enfermeiros tendo em conta as orientações dadas pela Direcção de Enfermagem, pela Equipa Coordenadora, e sobretudo tendo em conta os documentos orientadores à priori produzidos [9] [10].

1.2.1.1. Primeira parte da auditoria: Objectivos estratégicos e indicadores do CHPL

Os objectivos estratégicos da instituição relativamente ao Projecto CIPE/SAPE são dois: a realização de Avaliações Iniciais e a identificação de Diagnósticos de Enfermagem. Cada um destes objectivos tem três indicadores [11].

Quanto à Avaliação Inicial a Direcção de Enfermagem definiu que o primeiro indicador seria a sua realização nas primeiras 24h de internamento, o segundo indicador seria a sua realização no período pós 24h de internamento, por último o terceiro indicador seria a ausência de Avaliação Inicial.

Foi a partir destes indicadores que se obteve o número de avaliações iniciais realizadas nas primeiras 24h, depois das primeiras 24h e o número de avaliações iniciais não realizadas.

No que diz respeito aos Diagnósticos, a Direcção de Enfermagem definiu o primeiro indicador como a sua identificação nas primeiras 72 de internamento, o segundo indicador seria a sua identificação em período posterior às primeiras 72h de internamento e o terceiro indicador seria a ausência de Diagnósticos identificados. Foi também a partir destes indicadores que se obteve o número de diagnósticos de enfermagem identificados nas primeiras 72h (ou com rigor: o número de doentes a quem lhes foi identificados diagnósticos de enfermagem, pois um doente tem vários diagnósticos de enfermagem), depois das primeiras 72h e o número de diagnósticos de enfermagem não identificados. Ou seja, número de doentes a quem não foram atribuídos diagnósticos de enfermagem.

1.2.1.1.1. O processo de recolha dos dados

Os dados foram obtidos através da Direcção de Enfermagem [11]. Para facilitar a compreensão dos dados optei por apresentá-los agrupados por trimestre. Esta forma facilita a observação da evolução da adesão dos enfermeiros ao SIE.

Segundo a informação fornecida pela Direcção de Enfermagem, no programa de gestão de informação foi necessário cruzar determinados campos. Para obtermos os dados das avaliações iniciais relativas ao primeiro trimestre de 2009, seleccionou-se no primeiro campo (das admissões) todos os doentes que foram admitidos no primeiro trimestre de 2009 e no segundo campo (das altas) todos os doentes que tiveram alta

ainda no primeiro trimestre de 2009 ou que ainda não tiveram alta até à data em que foram retirados os dados (7 de Julho de 2010). O programa, que funciona nesta lógica de admissões e altas, cruza estes dois critérios e dá-nos o número de avaliações iniciais realizadas nas primeiras 24h, no pós 24h e as não realizadas entre todos os doentes internados no primeiro trimestre de 2009. O mesmo raciocínio foi seguido para cada um dos outros trimestres.

Para obter os dados relativos aos diagnósticos de enfermagem o procedimento foi semelhante ao descrito anteriormente. Para saber os dados relativos ao primeiro trimestre de 2010, a título de exemplo, foi seleccionado no primeiro campo (das admissões) o primeiro trimestre de 2010, que foi cruzado com o segundo campo (das altas), no qual foram seleccionados todos os doentes que tiveram alta desde o primeiro trimestre de 2010 ou ainda permanecem internados. Também aqui, o programa, que funciona na lógica de admissões e altas, cruza estes dois critérios e dá-nos, relativamente aos doentes internados no primeiro trimestre de 2010, o número de doentes com diagnósticos identificados nas primeiras 72h, no pós 72h e sem diagnósticos identificados até à data de recolha dos dados (7 de Julho de 2010).

1.2.1.1.2. O tratamento dos dados relativos aos objectivos estratégicos

Com os dados disponibilizados pela Direcção de Enfermagem, como descrevi anteriormente, organizei a sua apresentação em tabelas adaptadas e sistematizadas com o programa Microsoft Office Excell 2007.

Para cada serviço (ex. CP I) estão descritos nas colunas a “*Contagem dos Episódios*” (Cont. Episódios), a “*Percentagem*” (%) e o “n”, sendo este o total das ocorrências. Por exemplo, no caso das AI, o “n” é o número total de doentes que foram internados nesse período. A “*Contagem dos Episódios*” é o número de doentes internados a quem lhes foi feita a AI. A “*Percentagem*” é a percentagem das AI realizadas face ao número total de doentes internados.

Nas linhas estão representados os trimestres referentes ao período em análise. A seguir a cada tabela apresenta-se o gráfico respectivo apenas no que diz respeito às percentagens. Considerei importante apresentar as tabelas com os valores absolutos pois isso permite compararmos em termos absolutos os serviços e não apenas em termos relativos, que é o que conseguimos fazer apenas com as percentagens. E é importante

apresentar os valores absolutos porque é diferente aquele serviço que tem cerca de 150 doentes admitidos num trimestre (ex. uma CP) daquele que terá apenas 10 doentes admitidos no mesmo trimestre (ex. uma RP).

Optei por agrupar os serviços do CHPL nos dois conjuntos referidos anteriormente: CP e RP. Esta opção visou facilitar a compreensão e visualização dos dados e gráficos em vez de construir tabelas e gráficos que agrupassem todos os serviços.

Um primeiro conjunto denominado “*Clínicas*” que é composto pelas Clínicas Psiquiátricas e um segundo conjunto denominado “*Residências*” que é composto pelas Residências Psiquiátricas, pelas Residências - Reabilitação, pela Convalescença e pela UIPForense.

1.2.1.2. Segunda parte da auditoria: Qualidade da informação documentada

Na Equipa Coordenadora, considerámos que saber o número de avaliações iniciais e de diagnósticos de enfermagem realizados nos permitia verificar a adesão dos enfermeiros ao Projecto CIPE/SAPE. Contudo considerámos que seria enriquecedor da auditoria fazer a análise da qualidade da informação que os enfermeiros documentavam nos processos electrónicos dos doentes internados.

A qualidade é definida como o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade [12] [13]. No âmbito do Projecto CIPE/SAPE no CHPL a qualidade da informação registada passa obrigatoriamente pelo cumprimento das orientações definidas previamente nos documentos que a Direcção de Enfermagem publicou [9] [10].

Impunha-se portanto nesta fase construir um instrumento de colheita de dados em conformidade com os documentos publicados e aplicá-lo posteriormente numa amostra.

1.2.1.2.1. A construção do Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados foi um trabalho da Equipa Coordenadora do Projecto CIPE/SAPE. Nesta equipa criei uma primeira versão que tinha em consideração o “*Guia para o preenchimento da Avaliação Inicial CIPE/SAPE*” [10] e o “*Manual de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem do CHPL*” [9]. Esta primeira versão foi colocada à consideração da Equipa Coordenadora que deu os seus primeiros contributos após a qual efectuei uma primeira aplicação de teste do instrumento. Posteriormente foi efectuadas diversas reformulações e aplicações de teste. Por último foi remetido como proposta aos elementos dos dois Grupos de Enfermeiros Dinamizadores Locais CIPE/SAPE que também deram o seu contributo. O instrumento de colheita de dados resultou desta consulta alargada. A versão final (ver Anexo I) foi, na minha perspectiva, muito enriquecida com o percurso seguido. Foram múltiplas as discussões e os contributos dados de diversas proveniências que deram substância ao instrumento e adequação à realidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A versão final ficou constituída de quatro subconjuntos de questões: avaliação inicial; diagnósticos de enfermagem; a relação entre os diagnósticos e as intervenções de enfermagem; as intervenções de enfermagem.

Cada um destes subconjuntos é composto de diversas questões que permitem avaliar a qualidade da informação documentada. As questões são de resposta fechada havendo contudo um campo para observações/anotações livres do auditor. A cada questão seria atribuída uma pontuação consoante a informação que estivesse documentada nesse campo específico.

Esses critérios de atribuição da pontuação encontram-se definidos nas notas introdutórias do instrumento (ver Anexo I). Quanto ao espaço para as observações do auditor, são observações que pretendem ir ao encontro do que alguns autores [14] designam de “*notas de campo*”. Estas notas são anotações feitas para documentar as observações que se tornam parte da análise dos dados. Quando se registam as notas de campo é importante os investigadores documentarem o que ouviram, viram, pensaram, tocaram ou experimentaram. No caso particular deste processo de auditoria, o que pretendemos na Equipa Coordenadora com a inclusão de um campo de observações foi criar um espaço complementar de obtenção de dados para além das questões fechadas que nos permitisse compreender melhor o fenómeno da informação documentada pelos enfermeiros.

1.2.1.2.2. A selecção da amostra

A selecção de uma amostra não obedece a uma fórmula simples para determinar o seu tamanho. Deve-se considerar a fidelidade das estimações relativas à população, a técnica da amostragem, assim como os respectivos custos. Sobretudo, deve-se obter uma amostra suficientemente grande para detectar diferenças estatísticas considerando igualmente as questões de tempo e de economia [15] (p.211).

No seio da Equipa Coordenadora realizámos diversas discussões com o objectivo de decidir o mais adequadamente possível sobre esta matéria. Tivemos em consideração factores como a lotação total do CHPL, as lotações parciais de cada serviço de internamento, a disponibilidade dos elementos da Equipa Coordenadora para proceder às auditorias, o tempo disponível para as realizar, entre outros.

Destas discussões definimos que: quanto ao método, o mais adequado seria a amostragem aleatória simples; quanto à dimensão, a amostra de processos de doentes internados a auditar seria de 10% por serviço. Considerámos que, em função das condicionantes, esta percentagem era aceitável. Perfazia um total de cerca de 43 auditorias a realizar num universo de 437 doentes vagas no CHPL.

1.2.1.2.3. O processo de recolha dos dados no SAPE

Para recolher os dados acedi no programa SAPE à área de cada um dos serviços de internamento. Nesta selecionei os primeiros doentes da lista de cada serviço. Posteriormente solicitei ao programa a emissão de três *reports* (relatórios): a “*Avaliação Inicial*”, o “*Processo de Enfermagem*” e o “*Processo de Enfermagem Total*”.

O primeiro documento compreende toda a informação registada no âmbito de uma apreciação inicial do quadro clínico do doente. O segundo documento compreende todos os diagnósticos e intervenções de enfermagem activos e já terminados, bem como *status* de evolução dos diagnósticos. O terceiro documento diz-nos os diagnósticos que tem presentemente activos e dá-nos o histórico de implementação das intervenções de enfermagem bem como as notas gerais registadas (informação registada em texto livre e organizada cronologicamente). Tendo em consideração a lotação do serviço e o objectivo de seleccionar 10% dos doentes internados para a amostra, prossegui com este procedimento até atingir esse número.

Para cada serviço foram auditados cerca de 10% dos doentes seleccionados aleatoriamente. Na tabela seguinte mostram-se as lotações dos serviços, as auditorias realizadas e as respectivas percentagens das amostras parciais.

Serviços	Lotação	Nº Auditorias realizadas	Percentagem da amostra
CLI.LISBOA CIDADE-SECTOR C-L PAV21-1	29	3	10%
CLI.PSIQ.II-SECTOR B-PAV.18-A	19	2	11%
CLI.PSIQ.I-SECTOR A E UTRA-PAV.29-R/C	16	3	19%
CLI.PSIQ.IV-SECTOR D-PAV.24A-1	23	2	9%
CLI.PSIQ.VI-SECTOR S/RS-PAV24A	33	3	9%

CONVALESCENCA PAV.29 1	19	3	16%
PSIQ.GER.H.NOITE-PAV21 R/C	10	2	20%
RES.PSIQ.III-PAV.30	48	4	8%
RES.PSIQ.II-PAV.21C 1	46	5	11%
RES.PSIQ.I-PAV.16A	52	4	8%
RES.PSIQ.IV-MB	47	4	9%
UIPFORENSE-MB	30	3	10%
RESIDÊNCIAS - REABILITAÇÃO	65	5	8%
Grand Total	437	43	10%

Tabela 2: Percentagens da amostra.

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL

1.2.1.2.4. A aplicação do Instrumento de colheita de dados

Após recolhidos os documentos relativos a cerca de 10% de doentes internados em cada serviço do CHPL comecei a aplicar o instrumento de colheita de dados.

Começava por identificar cada instrumento com o número da auditoria e a sigla do serviço: A1CP1, A2CP1. De seguida prosseguia com a leitura dos três documentos recolhidos e dava resposta às questões presentes no instrumento. Nesta fase foi fundamental familiarizar-me com os dados o que implicou uma imersão completa nos dados colhidos e o compromisso pleno com o processo analítico [14] (p.59). Procurei familiarizar-me com os dados durante o tempo necessário para assegurar uma resposta rigorosa às questões do instrumento, tentando colocar em evidência o sentido global dos três documentos recolhidos [15] (p.316). Este processo passou pela atribuição de uma pontuação à informação encontrada segundo os seguintes critérios: sempre que os registos dos enfermeiros vão integralmente de encontro à questão colocada ou muito próximo de uma adequação integral - 1 ponto; se os registos dos enfermeiros tiverem alguns elementos adequados/esperados mas existirem também outros desadequados e/ou ficar patente alguma ambiguidade ou dúvida - 0,5 pontos; se os registos dos enfermeiros não forem ao encontro do esperado para essa questão - 0 pontos. À medida que ia respondendo a cada questão podia registar algumas observações consoante considerava necessário, aspecto que se irá desenvolver mais à frente.

Depois de aplicado o instrumento de auditoria à informação documentada nos processos dos doentes da amostra, foi calculada a média das pontuações por serviço e por subconjunto de questões do instrumento de auditoria. Foi também calculada a

percentagem de pontuação obtida tendo em conta a pontuação máxima de cada subconjunto de questões.

Foram ainda calculadas as pontuações globais de cada serviço, somando as pontuações parciais de cada subconjunto de questões tendo em conta a pontuação máxima possível da aplicação do instrumento de auditoria.

Ao somar-se as pontuações parciais de cada serviço para cada subconjunto de questões foi possível por último obter um resultado global do CHPL por subconjuntos de questões.

1.2.1.2.5. A codificação das observações/anotações livres do auditor

Durante a realização das auditorias, além de ter atribuído uma pontuação a cada questão consoante a adequação do registo encontrado, também registei, como já referi, observações/anotações livres. Escrevi estas observações na qualidade de auditor sempre que considerava pertinente destacar algum aspecto da resposta a essa questão em particular. Estas observações foram registadas a partir do meu sentir, do meu quadro conceptual e dos objectivos previamente definidos face à informação que tinha em mãos. São portanto considerações individuais sobre a informação registada pelos enfermeiros (avaliações iniciais, diagnósticos, relação dos diagnósticos com as intervenções e intervenções de enfermagem) em cada auditoria realizada.

Estas anotações constituíram um registo adicional e complementar que possibilitou descrever e contabilizar ideias que sobressairam durante a realização das auditorias, ou por outras palavras, foi possível isolar e definir importantes conceitos que emergiram dos dados e permitiram uma melhor compreensão do fenómeno [15] (p.332).

Foi efectuada a codificação destas anotações do conjunto total de auditorias realizadas (43) e não para cada serviço individualmente, pois apesar da dimensão relativa da amostra ser igual para os serviços ou para o CHPL, 10% dos doentes internados, a dimensão absoluta era diferente e conferia maior validade aos resultados.

O ponto de partida para a codificação dos dados foram os quatro grupos de questões do instrumento, tendo contudo surgido do texto diversas subcategorias e uma categoria que não estava prevista inicialmente.

Procurei decompor em unidades de sentido as observações que registei durante as auditorias. Esta unidade de sentido ou de significação podia ser tanto uma palavra, um grupo de palavras, uma frase, ou um grupo de frases [15] (p.308).

A codificação dos dados foi facilitada com o recurso ao programa NVivo 7.0 na organização das unidades de sentido codificadas. Foi também com o referido programa que construí uma árvore de categorias e subcategorias organizadas por ordem alfabética na qual estão contabilizadas as fontes (Sources) em que foram identificados esses conceitos, ou o número de auditorias nas quais estavam presentes esses conceitos. Está também contabilizado o número de referências (References) a essa categoria ou subcategoria presentes no conjunto de todas as auditorias.

1.2.2. Contingências ao Projecto CIPE/SAPE

A dimensão do Projecto CIPE/SAPE é considerável tendo em conta que se trata de todo um grupo profissional de uma instituição que iria mudar a sua forma de registar a informação ao nível da forma (de texto livre para avaliações iniciais, diagnósticos e intervenções), do suporte (de papel para electrónico) e de linguagem (de linguagem corrente para linguagem classificada – CIPE β2).

Em todo este trajecto os elementos da Equipa Coordenadora apenas tiveram dez dias úteis disponibilizados em exclusividade para o projecto. Este período coincidiu com a fase final da produção do “*Manual de diagnósticos e intervenções de enfermagem CHPL*”. Tendo em conta que este projecto se iniciou em 2006 compreende-se que só em 2009 se tenham implementado em pleno os módulos do SAPE descritos anteriormente. Esta contingência condicionou bastante o desenvolvimento, a implementação e o acompanhamento do projecto.

De igual forma só agora, em 2010, foi possível avançar com a realização das primeiras auditorias que fossem além dos objectivos estratégicos e indicadores da instituição e que nos permitissem avaliar o desenvolvimento efectivo do projecto junto dos enfermeiros. Ou seja, começou-se agora a perceber o que efectivamente está a ser registado acerca dos doentes: se corresponde ou não às orientações do que se considera um registo adequado.

1.2.3. Considerações éticas

Introduzo as considerações éticas nesta fase do relatório pois todo o percurso metodológico descrito anteriormente diz respeito à minha participação num projecto em curso na instituição. Deste ponto em diante serão apresentados os resultados da auditoria desenvolvida, o que exigiu uma autorização de utilização desses dados neste relatório de mestrado.

Na minha perspectiva é, portanto, o momento de apresentar as considerações éticas.

Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração (CA) do CHPL para utilizar dados informáticos relativos a Avaliações Iniciais, Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem, na sequência da minha participação no Projecto CIPE/SAPE, no presente relatório de mestrado (ver Anexo II). Foi salvaguardado o compromisso de cumprimento do código deontológico do enfermeiro [2], nomeadamente no que diz respeito aos deveres de sigilo e outros. O CA remeteu o meu pedido à Comissão de Ética que deu um parecer positivo. A autorização foi posteriormente formalizada pelo CA (ver Anexo III).

Capítulo 2 – Resultados e Discussão

2.1 Primeira parte da auditoria: Objectivos estratégicos e indicadores da instituição

2.1.1 Evolução do número de doentes com Avaliações Iniciais

Como já referi anteriormente, o número de doentes internados com avaliações iniciais realizadas é um objectivo estratégico da Direcção de Enfermagem pois importava saber se os enfermeiros estariam a aderir a esta nova forma de registo da informação.

Apresento de seguida os dados das avaliações iniciais que foram realizadas nas primeiras 24h de internamento. Contudo estes dados devem ser analisados em paralelo com os outros dois indicadores para estes serviços que são: AI depois das primeiras 24h e Sem AI realizadas. Ou seja, nesta primeira parte debruçamo-nos sobre uma “fotografia” global que tenta relacionar o mesmo indicador para todos os serviços. Se quisermos aprofundar um determinado serviço não nos podemos esquecer que, por exemplo, se um serviço tem 80% de avaliações iniciais realizadas nas primeiras 24h, os outros 20% podem não estar realizadas, o que é diferente de os outros 20% terem sido realizados no período pós 24h de internamento.

No caso das Clínicas podemos observar uma tendência crescente na realização das AI ao longo dos seis trimestres apresentados. A Clínica que obteve uma taxa mais elevada de realização de AI no final do segundo trimestre de 2010, nas primeiras 24h de internamento foi a CP V com 92%. Destaca-se pela negativa a CP III que apresenta 65% das AI realizadas comparativamente com todas as outras Clínicas que se encontram em valores superiores a 80%.

	CP I			CP II			CP III			CP IV			CP V			CP VI		
	Cont. I	%	n=	Cont. I	%	n=	Cont. I	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=
1º Trim. 2009	77	72,64%	106	33	28,70%	115	92	70,23%	131	48	33,10%	145	40	25,16%	159	69	41,32%	167
2º Trim. 2009	137	83,54%	164	76	65,52%	116	88	69,29%	127	118	75,64%	156	94	71,76%	131	70	38,67%	181
3º Trim. 2009	127	86,99%	146	75	63,03%	119	87	69,60%	125	138	82,63%	167	58	62,37%	93	80	45,98%	174
4º Trim. 2009	108	92,31%	117	64	67,37%	95	96	60,00%	160	133	86,93%	153	53	50,00%	106	73	44,79%	163
1º Trim. 2010	94	83,19%	113	68	68,00%	100	87	64,93%	134	118	77,12%	153	42	82,35%	51	95	61,29%	155
2º Trim. 2010	115	87,79%	131	93	83,04%	112	124	65,26%	190	133	89,26%	149	34	91,89%	37	149	86,13%	173

Tabela 3: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Clínicas).

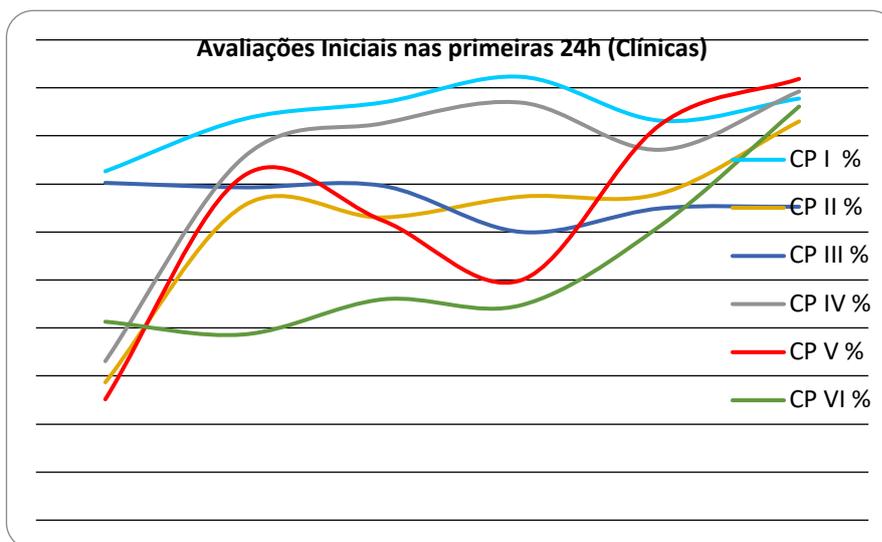


Figura 1: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Clínicas)

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (a 7 de Julho de 2010).

Quanto às AI realizadas depois das primeiras 24h de internamento, podemos observar um comportamento decrescente de forma generalizada em todas as Clínicas. No último trimestre de 2010, em todas as Clínicas menos de 13% dos doentes admitidos têm as suas avaliações iniciais realizadas depois das primeiras 24h.

	CP I			CP II			CP III			CP IV			CP V			CP VI		
	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=
1º Trim. 2009	16	15,09%	106	55	47,83%	115	22	16,79%	131	73	50,34%	145	44	27,67%	159	80	47,90%	167
2º Trim. 2009	11	6,71%	164	30	25,86%	116	19	14,96%	127	27	17,31%	156	6	4,58%	131	85	46,96%	181
3º Trim. 2009	7	4,79%	146	28	23,53%	119	14	11,20%	125	25	14,97%	167	7	7,53%	93	77	44,25%	174
4º Trim. 2009	5	4,27%	117	24	25,26%	95	12	7,50%	160	12	7,84%	153	5	4,72%	106	83	50,92%	163
1º Trim. 2010	14	12,39%	113	23	23,00%	100	20	14,93%	134	27	17,65%	153	3	5,88%	51	49	31,61%	155
2º Trim. 2010	8	6,11%	131	13	11,61%	112	16	8,42%	190	13	8,72%	149	0	0,00%	37	22	12,72%	173

Tabela 4: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Clínicas).

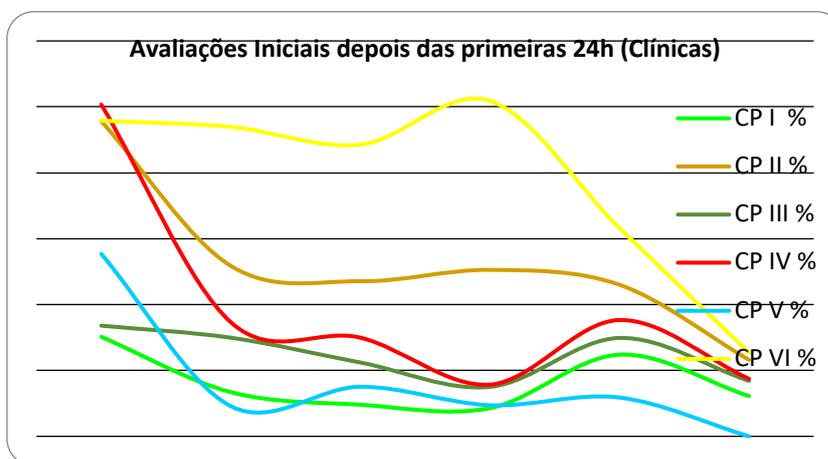


Figura 2: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Clínicas).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Os dados apresentados anteriormente têm uma relevância acrescida quando são interpretados conjuntamente com os que se seguem: os doentes internados aos quais não foi feita avaliação inicial. Isto porque a leitura conjunta dos dois indica que houve uma tendência decrescente em oposição ao aumento da taxa de realização das avaliações iniciais nas primeiras 24h. Este fenómeno verificou-se na generalidade das Clínicas que ficaram abaixo dos 10%. Apenas a CPIII teve uma taxa de doentes internados sem AI de 26%.

	CP I			CP II			CP III			CP IV			CP V			CP VI		
	Cont. I	%	n=	Cont. I	%	n=	Cont. %	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=
1º Trim. 2009	13	12,26%	106	27	23,48%	115	17	12,98%	131	24	16,55%	145	75	47,17%	159	18	10,78%	167
2º Trim. 2009	16	9,76%	164	10	8,62%	116	20	15,75%	127	11	7,05%	156	31	23,66%	131	26	14,36%	181
3º Trim. 2009	12	8,22%	146	16	13,45%	119	24	19,20%	125	4	2,40%	167	28	30,11%	93	17	9,77%	174
4º Trim. 2009	4	3,42%	117	7	7,37%	95	52	32,50%	160	8	5,23%	153	48	45,28%	106	7	4,29%	163
1º Trim. 2010	5	4,42%	113	9	9,00%	100	27	20,15%	134	8	5,23%	153	6	11,76%	51	11	7,10%	155
2º Trim. 2010	8	6,11%	131	6	5,36%	112	50	26,32%	190	3	2,01%	149	3	8,11%	37	2	1,16%	173

Tabela 5: Sem Avaliações iniciais (Clínicas).

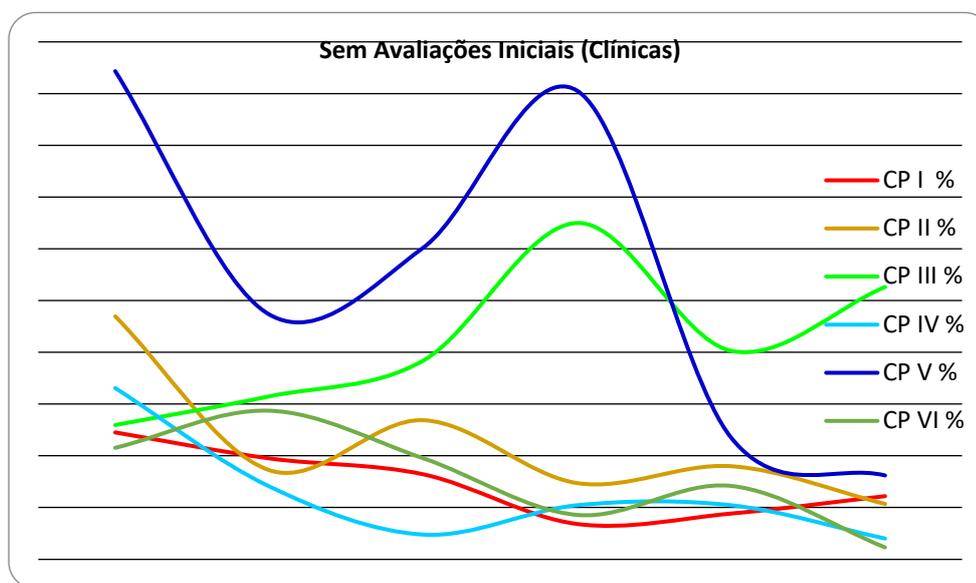


Figura 3: Sem Avaliações iniciais (Clínicas).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

No segundo conjunto de serviços, as Residências, obtiveram-se dados bastante diferentes dos obtidos para as Clínicas. Não se consegue identificar uma tendência ou um padrão tão expressivo. Com excepção da UIPForense, que realizou 100% das AI nas

primeiras 24h, todos os outros serviços deste subconjunto apresentaram taxas de realização das AI no segundo trimestre de 2010 inferiores a 50%.

	RP I			RP II			RP III			RP IV			UIPForense			Convalescença			Residências-Reab		
	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=
1º Trim. 2009	3	60,00%	5	3	21,43%	14	0	0,00%	6	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	3	6	18,19%	33
2º Trim. 2009	5	100,00%	5	2	13,33%	15	1	25,00%	4	0	0,00%	70	0	0,00%	0	2	28,57%	7	19	63,33%	30
3º Trim. 2009	4	44,44%	9	0	0,00%	14	1	33,33%	3	0	0,00%	7	0	0,00%	1	1	25,00%	4	8	22,22%	36
4º Trim. 2009	7	63,64%	11	1	16,67%	6	0	0,00%	1	0	0,00%	3	0	0,00%	2	0	0,00%	0	6	35,29%	17
1º Trim. 2010	8	66,67%	12	6	50,00%	12	2	50,00%	4	0	0,00%	4	0	0,00%	1	0	0,00%	28	0	0,00%	31
2º Trim. 2010	3	23,08%	13	5	45,45%	11	3	42,86%	7	0	0,00%	3	2	100,00%	2	2	14,29%	14	3	17,65%	17

Tabela 6: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Residências).

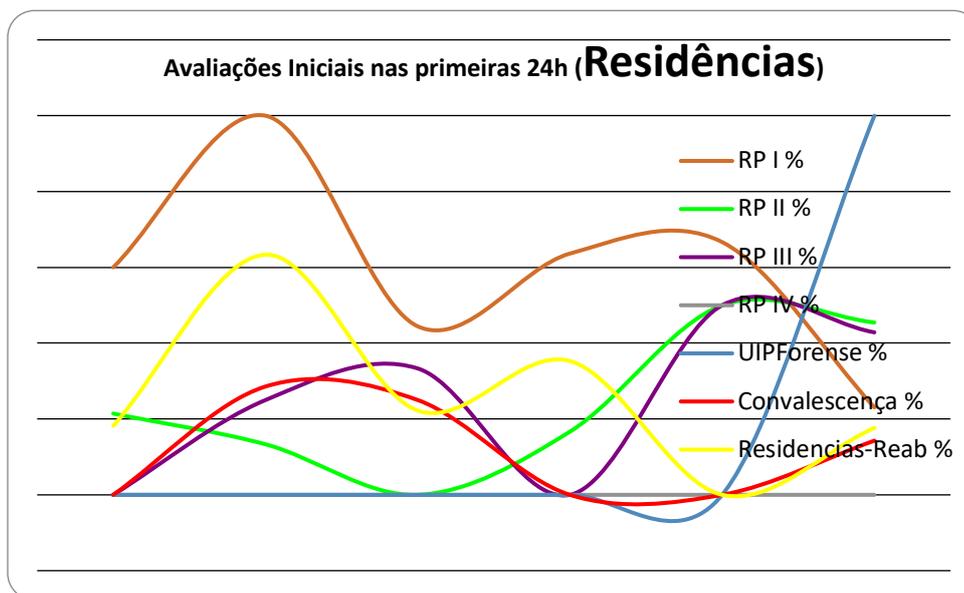


Figura 4: Avaliações iniciais nas primeiras 24h (Residências).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Relativamente às AI realizadas depois das primeiras 24h de internamento também é visível uma oscilação no comportamento das residências, percebendo-se, contudo, um decréscimo global desta taxa nas residências no ano de 2010.

	RP I			RP II			RP III			RP IV			UIPForense			Convalescença			Residências-Reab		
	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=
1º Trim. 2009	2	40,00%	5	8	57,14%	14	5	83,33%	6	0	0,00%	0	0	0,00%	0	3	100,00%	3	8	24,24%	33
2º Trim. 2009	0	0,00%	5	3	20,00%	15	2	50,00%	4	50	71,43%	70	0	0,00%	0	4	57,14%	7	0	0,00%	30
3º Trim. 2009	3	33,33%	9	4	28,57%	14	2	66,67%	3	5	71,43%	7	1	100,00%	1	3	75,00%	4	4	11,11%	36
4º Trim. 2009	2	18,18%	11	0	0,00%	6	1	100,00%	1	3	100,00%	3	1	50,00%	2	0	0,00%	0	2	11,76%	17
1º Trim. 2010	0	0,00%	12	1	8,33%	12	1	25,00%	4	2	50,00%	4	1	100,00%	1	0	0,00%	28	10	32,25%	31
2º Trim. 2010	2	15,38%	13	0	0,00%	11	1	14,29%	7	1	33,33%	3	0	0,00%	2	6	42,86%	14	2	11,76%	17

Tabela 7: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Residências).

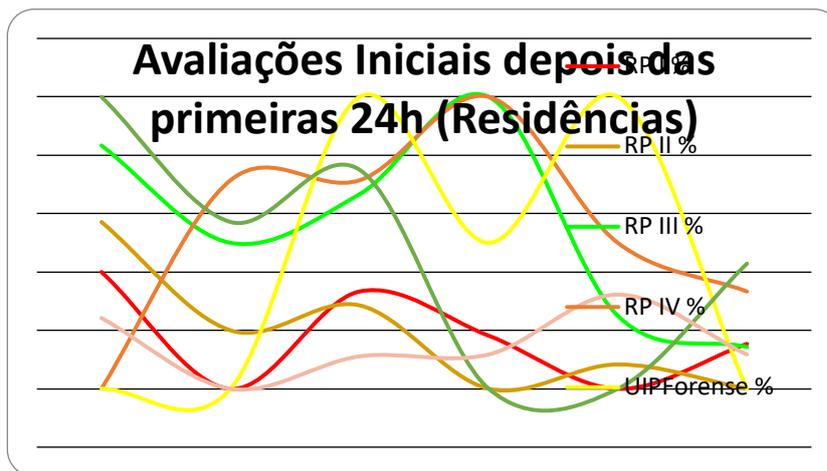


Figura 5: Avaliações iniciais depois das primeiras 24h (Residências).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Por último, no que diz respeito às AI, vejamos as taxas de doentes internados para os quais não foi realizado este registo. Inversamente ao que seria de esperar, depois de observar os dados das Clínicas, as Residências apresentam globalmente um comportamento crescente das taxas de doentes internados aos quais não são realizadas AI. À exceção da UIPForense, as residências situam-se entre os 40% e os 70% de doentes internados aos quais não foram realizadas AI.

	RP I		RP II		RP III		RP IV		UIPForense		Convalescência		Residências-Reab						
	Cont.	%	Cont.	%	Cont.	%	Cont.	%	Cont.	%	Cont.	%	Cont.	%					
1º Trim. 2009	0	0,00%	5	21,43%	14	16,67%	6	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3	19	57,57%	33			
2º Trim. 2009	0	0,00%	5	66,67%	15	25,00%	4	20	28,57%	70	0	0,00%	0	1	14,29%	7	11	36,67%	30
3º Trim. 2009	2	22,22%	9	71,43%	14	0,00%	3	2	28,57%	7	0	0,00%	1	0	0,00%	4	24	66,67%	36
4º Trim. 2009	2	18,18%	11	83,33%	6	0,00%	1	0	0,00%	3	1	50,00%	2	0	0,00%	0	9	52,95%	17
1º Trim. 2010	4	33,33%	12	41,67%	12	25,00%	4	2	50,00%	4	0	0,00%	1	28	100,00%	28	21	67,75%	31
2º Trim. 2010	8	61,54%	13	54,55%	11	42,86%	7	2	66,67%	3	0	0,00%	2	6	42,86%	14	12	70,59%	17

Tabela 8: Sem avaliações iniciais (Residências).

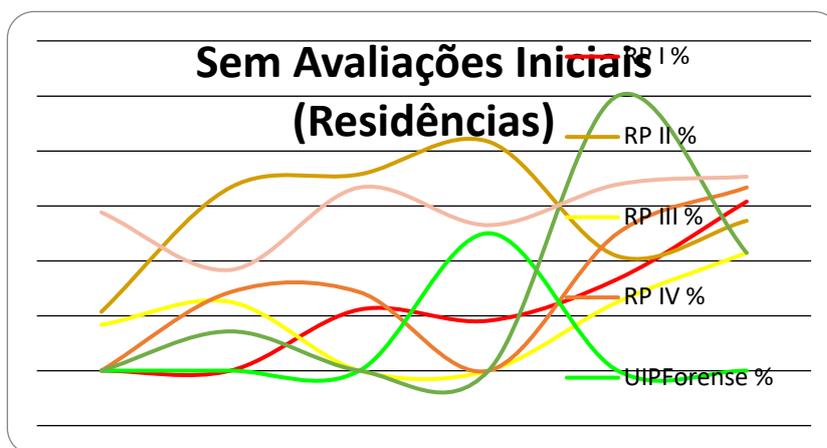


Figura 6: Sem avaliações iniciais (Residências).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

2.1.2 Evolução do número de doentes com Diagnósticos de Enfermagem

Observemos agora os dados relativamente ao número de doentes com DE atribuídos nas primeiras 72h nas Clínicas Psiquiátricas. À semelhança do que foram os resultados das AI, também para os DE se observa um padrão crescente nas taxas. Ou seja, na generalidade das Clínicas, no segundo trimestre de 2010, mais de 89% dos doentes internados tiveram os DE identificados nas primeiras 72h indo ao encontro dos objectivos estratégicos da Direcção de Enfermagem. A CPV foi a excepção decrescendo a sua taxa no segundo trimestre de 2010 para os 52%.

	CP I			CP II			CP III			CP IV			CP V			CP VI		
	Cont. E	%	n=															
1º Trim. 2009	0	0,00%	106	0	0,00%	115	0	0,00%	131	0	0,00%	145	0	0,00%	159	0	0,00%	167
2º Trim. 2009	137	83,54%	164	109	93,97%	116	109	85,83%	127	136	87,18%	156	97	74,05%	131	129	71,27%	181
3º Trim. 2009	119	81,51%	146	111	93,28%	119	114	91,20%	125	153	91,62%	167	74	79,57%	93	151	86,78%	174
4º Trim. 2009	106	90,60%	117	94	98,95%	95	127	79,87%	159	143	94,08%	152	66	62,26%	106	134	82,21%	163
1º Trim. 2010	104	92,04%	113	93	93,00%	100	122	91,73%	139	136	88,89%	153	45	88,24%	51	133	85,81%	155
2º Trim. 2010	103	88,03%	117	90	94,74%	95	149	89,22%	167	125	93,28%	134	15	51,72%	29	135	91,22%	148

Tabela 9: Diagnósticos nas primeiras 72h (Clínicas).

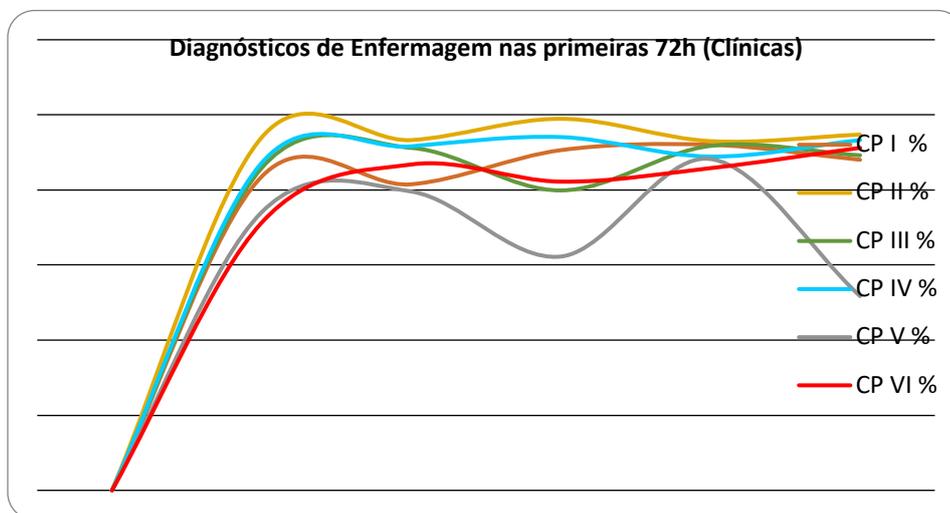


Figura 7: Diagnósticos nas primeiras 72h (Clínicas).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Relativamente ao segundo indicador, os doentes internados que tiveram os DE identificados depois das primeiras 72h de internamento, observa-se também um comportamento muito semelhante às AI. Há uma tendência decrescente do número de doentes que são internados e que vêm os seus DE identificados depois das primeiras

72h sendo que na generalidade das Clínicas se situou abaixo dos 4%. Também neste indicador a CPV subiu a sua taxa no segundo trimestre de 2010, ainda que apenas para 14%.

	CP I			CP II			CP III			CP IV			CP V			CP VI		
	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=	Cont. E	%	n=
1º Trim. 2009	10	9,43%	106	13	11,30%	115	3	2,29%	131	16	11,03%	145	12	7,55%	159	17	10,18%	167
2º Trim. 2009	13	7,93%	164	4	3,45%	116	9	7,09%	127	5	3,21%	156	4	3,05%	131	17	9,39%	181
3º Trim. 2009	12	8,22%	146	1	0,84%	119	2	1,60%	125	4	2,40%	167	4	4,30%	93	7	4,02%	174
4º Trim. 2009	3	2,56%	117	1	1,05%	95	1	0,63%	159	0	0,00%	152	2	1,89%	106	15	9,20%	163
1º Trim. 2010	1	0,88%	113	3	3,00%	100	1	0,75%	139	1	0,65%	153	1	1,96%	51	7	4,52%	155
2º Trim. 2010	1	0,85%	117	0	0,00%	95	0	0,00%	167	1	0,75%	134	4	13,79%	29	5	3,38%	148

Tabela 10: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Clínicas).

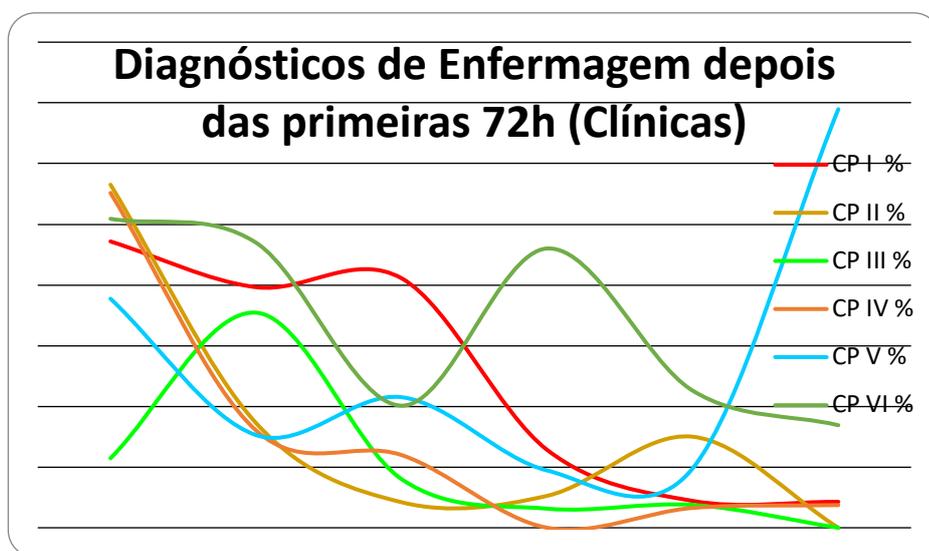


Figura 8: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Clínicas).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Quanto aos doentes que foram internados e aos quais não lhes foram identificados DE, é também visível um padrão decrescente e que se mantém no segundo trimestre de 2010 abaixo dos 12%. Também neste indicador a CP V aumentou a sua taxa para os 35% neste último trimestre piorando o seu resultado individual.

	CP I			CP II			CP III			CP IV			CP V			CP VI		
	Cont. E	%	n=															
1º Trim. 2009	96	90,57%	106	102	88,70%	115	128	97,71%	131	129	88,97%	145	147	92,45%	159	150	89,82%	167
2º Trim. 2009	14	8,54%	164	3	2,59%	116	9	7,09%	127	15	9,62%	156	30	22,90%	131	35	19,34%	181
3º Trim. 2009	15	10,27%	146	7	5,88%	119	9	7,20%	125	10	5,99%	167	15	16,13%	93	16	9,20%	174
4º Trim. 2009	8	6,84%	117	0	0,00%	95	31	19,50%	159	9	5,92%	152	38	35,85%	106	14	8,59%	163
1º Trim. 2010	8	7,08%	113	4	4,00%	100	16	7,52%	139	16	10,46%	153	5	9,80%	51	15	9,68%	155
2º Trim. 2010	13	11,11%	117	5	5,26%	95	18	10,78%	167	8	5,97%	134	10	34,48%	29	8	5,41%	148

Tabela 11: Sem diagnósticos de enfermagem (Clínicas).

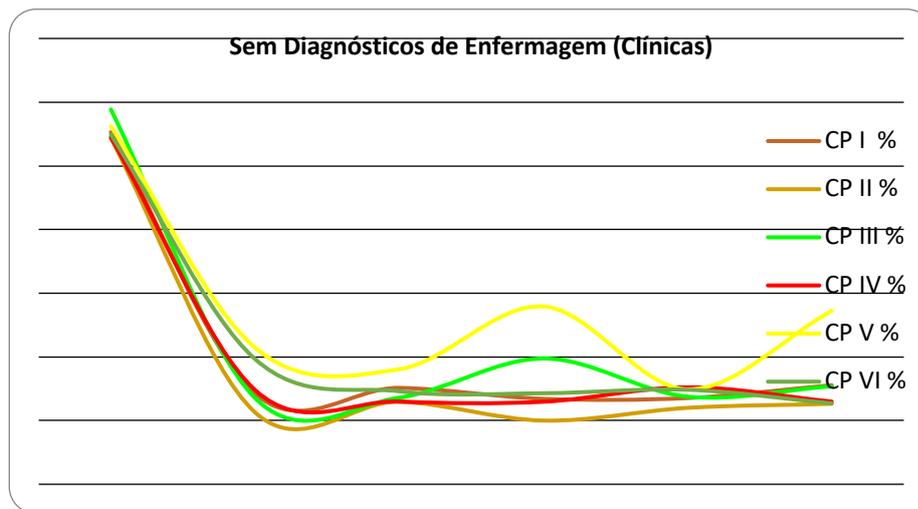


Figura 9: Sem diagnósticos de enfermagem (Clínicas).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

No que diz respeito aos DE identificados no subconjunto das Residências observamos em três serviços uma tendência crescente e positiva. Os outros quatro serviços obtiveram taxas de identificação dos DE nas primeiras 72h no último trimestre apresentado de 0%. Devo contudo assinalar que, segundo os dados disponíveis, a UIPForense não registou qualquer internamento neste trimestre.

	RP I			RP II			RP III			RP IV			UIPForense			Convalescença			Residências-Reab		
	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=
1º Trim. 2009	0	0,00%	4	0	0,00%	12	0	0,00%	3	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	3	0	0,00%	28
2º Trim. 2009	2	100,00%	2	1	8,33%	12	0	0,00%	4	0	0,00%	35	0	0,00%	0	1	14,29%	7	4	16,67%	24
3º Trim. 2009	0	0,00%	2	2	25,00%	8	0	0,00%	1	0	0,00%	3	0	0,00%	0	0	0,00%	4	6	24,00%	25
4º Trim. 2009	4	36,36%	11	2	50,00%	4	0	0,00%	0	0	0,00%	1	0	0,00%	1	0	0,00%	0	6	42,86%	14
1º Trim. 2010	4	57,14%	7	2	40,00%	5	0	0,00%	1	0	0,00%	1	0	0,00%	1	0	0,00%	16	1	4,80%	21
2º Trim. 2010	4	66,67%	6	3	100,00%	3	1	50,00%	2	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	7	0	0,00%	1

Tabela 12: Diagnósticos nas primeiras 72h (Residências).

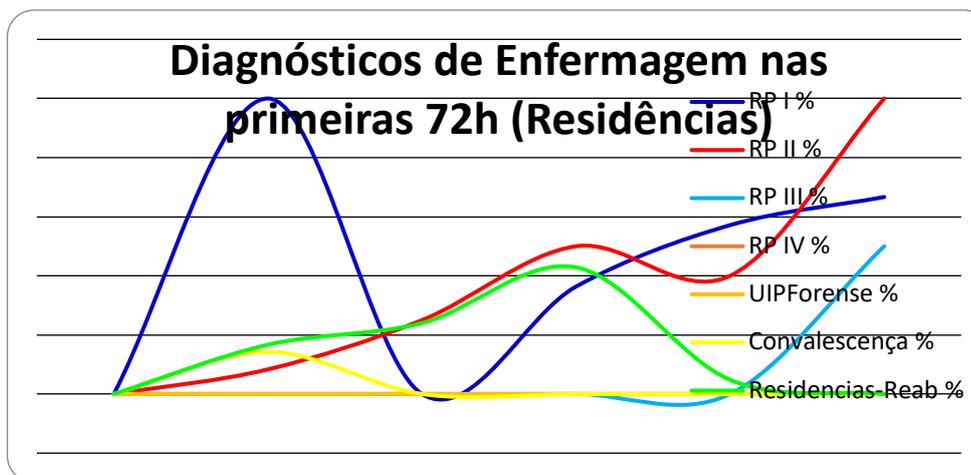


Figura 10: Diagnósticos nas primeiras 72h (Residências).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Quanto aos DE identificados depois das primeiras 72h regista-se uma grande oscilação ao longo dos seis trimestres resultando no último em zero ocorrências em todos os serviços.

	RP I			RP II			RP III			RP IV			UIPForense			Convalescência			Residencias-Reab		
	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=
1º Trim. 2009	4	100,00%	4	8	66,67%	12	1	33,33%	3	0	0,00%	0	0	0,00%	0	3	100,00%	3	17	60,71%	28
2º Trim. 2009	0	0,00%	2	9	75,00%	12	2	50,00%	4	8	22,86%	35	0	0,00%	0	6	85,71%	7	11	45,83%	24
3º Trim. 2009	2	100,00%	2	4	50,00%	8	1	100,00%	1	1	33,33%	3	0	0,00%	0	4	100,00%	4	12	48,00%	25
4º Trim. 2009	0	0,00%	11	0	0,00%	4	0	0,00%	0	1	100,00%	1	0	0,00%	1	0	0,00%	0	7	50,00%	14
1º Trim. 2010	3	42,86%	7	1	20,00%	5	0	0,00%	1	0	0,00%	1	1	100,00%	1	3	18,75%	16	2	9,50%	21
2º Trim. 2010	0	0,00%	6	0	0,00%	3	0	0,00%	2	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	7	0	0,00%	1

Tabela 13: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Residências).

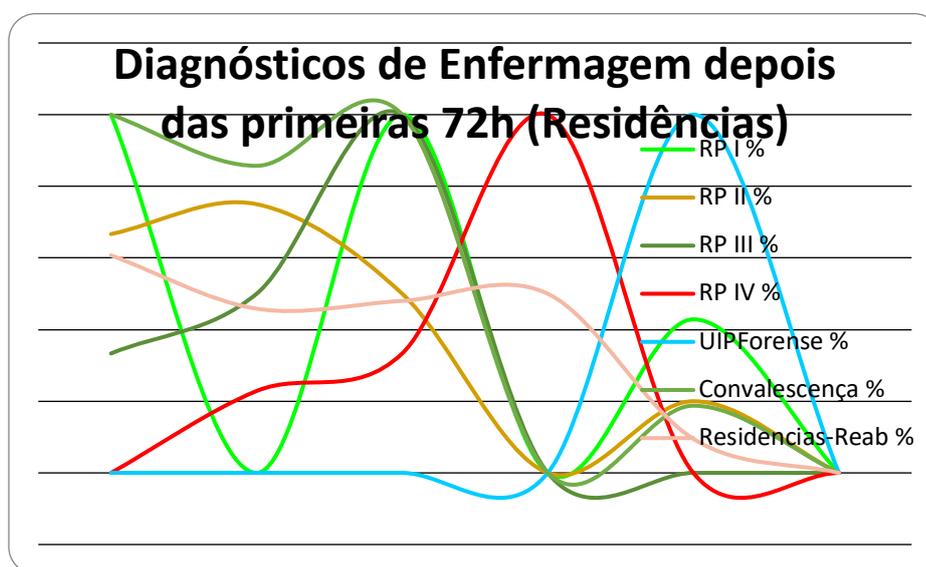


Figura 11: Diagnósticos depois das primeiras 72h (Residências).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

Por último, os doentes admitidos nos serviços nos vários trimestres que não têm DE identificados também registou uma enorme oscilação de comportamento por parte dos serviços. Destaca-se pela positiva a UIPForense que obteve os melhores resultados nos três indicadores.

	RP I			RP II			RP III			RP IV			UIPForense			Convalescência			Residencias-Reab		
	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=	Cont.	%	n=
1º Trim. 2009	0	0,00%	4	4	33,33%	12	2	66,67%	3	0	0,00%	0	0	0,00%	0	0	0,00%	3	11	39,29%	28
2º Trim. 2009	0	0,00%	2	2	16,67%	12	2	50,00%	4	27	77,14%	35	0	0,00%	0	0	0,00%	7	9	37,50%	24
3º Trim. 2009	0	0,00%	2	2	25,00%	8	0	0,00%	1	2	66,67%	3	0	0,00%	0	0	0,00%	4	7	28,00%	25
4º Trim. 2009	7	63,64%	11	2	50,00%	4	0	0,00%	0	0	0,00%	1	1	100,00%	1	0	0,00%	0	1	7,14%	14
1º Trim. 2010	0	0,00%	7	2	40,00%	5	1	100,00%	1	1	100,00%	1	0	0,00%	1	13	81,25%	16	18	85,70%	21
2º Trim. 2010	2	33,33%	6	0	0,00%	3	1	50,00%	2	0	0,00%	0	0	0,00%	0	7	100,00%	7	1	100,00%	1

Tabela 14: Sem Diagnósticos de Enfermagem (Residências).

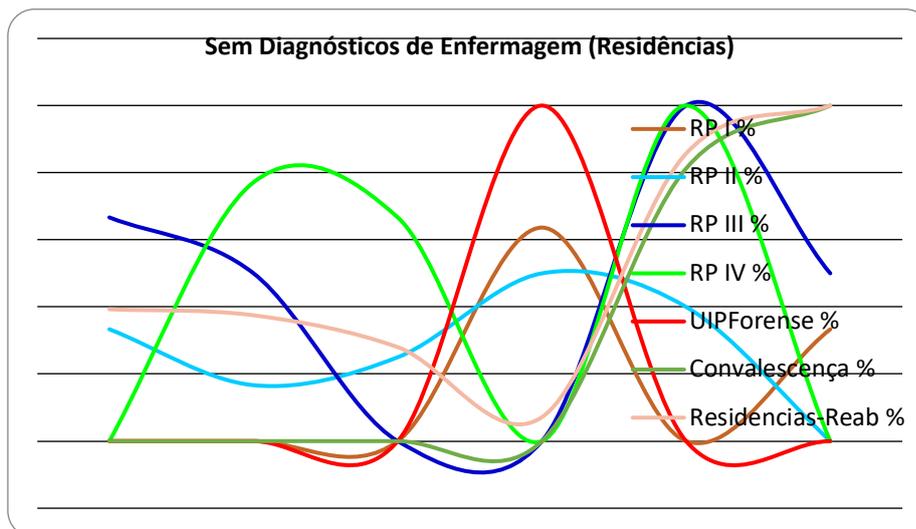


Figura 12: Sem Diagnósticos de Enfermagem (Residências).

Adaptado do programa de gestão do CA do CHPL (dados de 7 de Julho de 2010).

2.1.3 Discussão dos resultados da primeira parte da auditoria

A diferença de comportamento no registo da informação entre estas duas grandes tipologias de serviços não é de desvalorizar. Importa questionar que variáveis estarão associadas a esta divergência tão marcada. Por um lado temos as clínicas, nas quais genericamente se observa uma tendência de realização das AI e atribuição dos DE desde 2009, e por outro temos as residências que têm mantido uma grande oscilação no registo desta informação apesar do volume de doentes admitidos ser marcadamente superior nas primeiras. O volume total de doentes admitidos aparece nas tabelas como “n”. Ou seja, o volume de doentes admitidos, visto isoladamente, não parece ter influência na realização das AI por parte dos enfermeiros.

Existem muitas outras variáveis que poderão concorrer para este fenómeno. A primeira que aponto é aquela que será talvez mais evidente e que me fez subdividir logo no início os serviços em dois subconjuntos: as características dos doentes internados. O ponto em comum aparentemente mais evidente nos serviços de cada subconjunto é o facto de uns terem doentes agudos e os outros terem doentes de evolução prolongada.

Associado a esta possível variável temos a constituição das equipas de profissionais de saúde. Nas Clínicas as equipas são constituídas por diversos grupos profissionais representados por vários indivíduos: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais. Nas Residências as equipas são

tendencialmente constituídas por enfermeiros e assistentes operacionais, sendo pontual a presença de um médico ou de assistente social, os quais geralmente acumulam outras funções noutros serviços. Quero com isto dizer que a comunicação interdisciplinar, que segundo o ICN é facilitada com a utilização da CIPE [7], não é tão exigente nas residências como nas Clínicas. Ainda quanto à constituição das equipas, agora de enfermagem, tem-se observado, genericamente, um maior número de enfermeiros nas clínicas em comparação com as residências, apesar das lotações de doentes serem superiores nestas últimas. Logo, também a comunicação intradisciplinar está diminuída nas residências.

As expectativas dos enfermeiros quanto à evolução do quadro clínico dos doentes também não serão de descurar. A duração média do internamento numa CP e o investimento da sociedade que é feito na sua reabilitação psico-social é muito superior aquele que é feito numa RP, como se pode ver logo pela constituição das equipas. Os enfermeiros nas clínicas têm portanto resultados mais evidentes, mais visíveis, mais rápidos e serão talvez mais reconhecidos pela sociedade.

Porém a sociedade também tem exigências e expectativas diferentes. O contacto dos enfermeiros com a sociedade nas clínicas e nas residências é diferente. A instalação súbita dos problemas de saúde mental e a curta duração dos internamentos nas clínicas leva a um contacto muito próximo dos enfermeiros com pessoas significativas que esperam uma recuperação rápida do seu familiar doente. Já nas residências o contacto com as pessoas significativas está muito diminuído e não existe essa expectativa. Não posso deixar de colocar aqui uma vez mais uma questão que já abordei. A forma tradicional de documentar os cuidados de enfermagem não permite retirar conhecimento da experiência documentada pelo que o ritual de fazer os registos circunscreve o interesse dessas actividades à produção de documentos com valor legal [4] (p.36). Não será verdade que exista também uma maior “vigilância” da sociedade neste aspecto da legalidade dos cuidados prestados nas clínicas em comparação com as residências? Se as famílias estão mais presentes nas clínicas, não serão elas mais exigentes relativamente aos enfermeiros? E se tradicionalmente o interesse de documentar os cuidados está circunscrito ao seu valor legal não será compreensível o baixo volume e o padrão variável de produção de documentação nas residências? Afinal, o tempo a produzir documentação é tradicionalmente visto como mal empregue [4] (p.36).

Outras questões se poderão colocar relativamente às possíveis causas desta diferença de dados. Contudo, seja esta diferença devida às razões colocadas acima ou a outras, um aspecto é evidente na minha perspectiva: estes dados relativos às residências apontam para a necessidade de um investimento acrescido nestes serviços no que diz respeito ao SIE.

2.2 Segunda parte da auditoria: Qualidade da informação documentada

2.2.1 Pontuações de cada serviço

A aplicação do instrumento de orientação para os auditores previa a atribuição de uma pontuação a cada questão. Apresento as pontuações obtidas por grupos de questões e por serviços. A coluna dos pontos dá-nos a média da pontuação obtida em todas as auditorias realizadas em cada serviço. O “n” é a pontuação máxima que cada subconjunto de questões poderia obter.

	Avaliações iniciais			Diagnósticos de Enfermagem			Relação Diagnósticos e Intervenções			Intervenções		
	Pontos	%	n=	Pontos	%	n=	Pontos	%	n=	Pontos	%	n=
CP I	12,5	52%	24	0,333333333	8%	4	1,666666667	56%	3	2,3333333	78%	3
CP II	18,75	78%	24	0,5	13%	4	2,25	75%	3	2	67%	3
CP III	9,333333333	39%	24	0	0%	4	1,833333333	61%	3	1,6666667	56%	3
CP IV	4	17%	24	0,5	13%	4	2,5	83%	3	2,5	83%	3
CP V	19	79%	24	0,5	13%	4	2	67%	3	1,75	58%	3
CP VI	18	75%	24	0,333333333	8%	4	2,5	83%	3	1,3333333	44%	3
RP I	17,25	72%	24	0,375	9%	4	1,75	58%	3	0,875	29%	3
RP II	9,8	41%	24	0,5	13%	4	2,6	87%	3	1,2	40%	3
RP III	4,125	17%	24	0	0%	4	1	33%	3	0,875	29%	3
RP IV	11,125	46%	24	0,5	13%	4	1,375	46%	3	0,75	25%	3
UIPForense	12,66666667	53%	24	0,166666667	4%	4	0	0%	3	0	0%	3
Convalescença	8,666666667	36%	24	1,666666667	42%	4	2,166666667	72%	3	1,6666667	56%	3
Residencias -Reab	2,9	12%	24	0,6	15%	4	2,1	70%	3	1	33%	3

Tabela 15: Pontuações dos serviços por subconjuntos de questões.

No que diz respeito à qualidade das avaliações iniciais verifico que os serviços que atingiram pontuações mais elevadas foram a CP II, a CP V, a CP VI e a RPI. Todos com pontuações acima dos 60%.

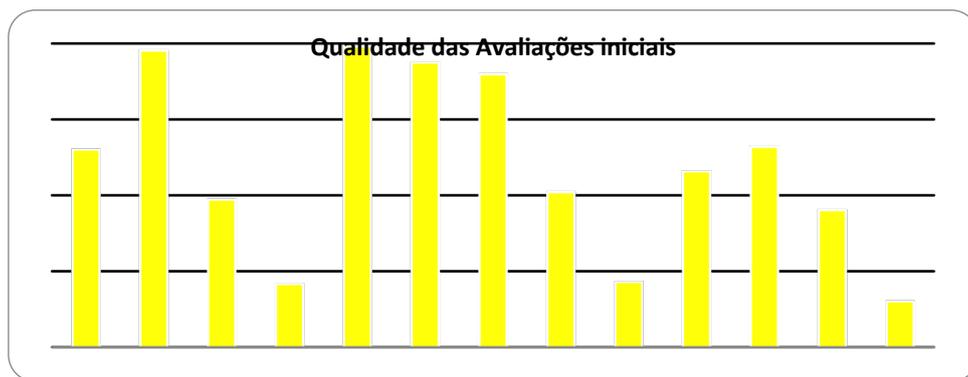


Figura 13: Qualidade das Avaliações iniciais dos serviços.

A qualidade do registo dos diagnósticos de enfermagem é o subconjunto que obteve menor pontuação globalmente entre todos os serviços. A pontuação mais elevada

foi obtida pelo serviço da Convalescência não indo contudo além dos 42%. Todos os outros serviços se situaram abaixo dos 15% de pontuação máxima.

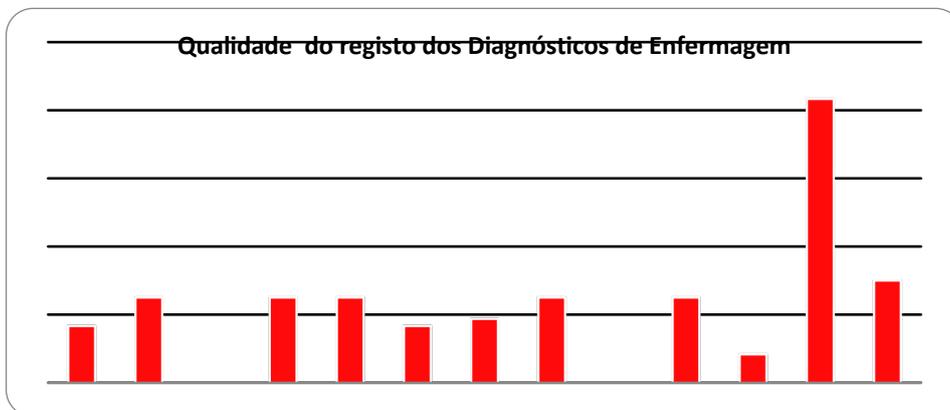


Figura 14: Qualidade do registo dos Diagnósticos de Enfermagem.

A relação entre os diagnósticos de enfermagem identificados e as intervenções prescritas obteve pontuações bastante elevadas comparativamente com os outros subconjuntos de questões. Neste subconjunto destacaram-se positivamente os serviços CP IV, CP VI e RP II com percentagens acima dos 83%.

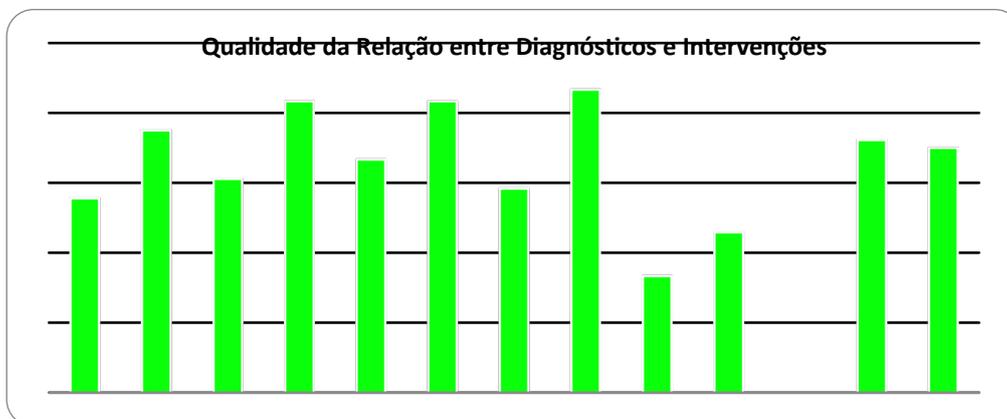


Figura 15: Qualidade da Relação entre Diagnósticos e Intervenções.

O registo das intervenções também foi relativamente bem cotado destacando-se positivamente a CP I e a CP IV ambas com percentagens superiores a 70%. Neste subconjunto de questões conseguimos perceber, de uma forma geral, um padrão de resultados inferiores nas residências àquele obtido pelas clínicas.

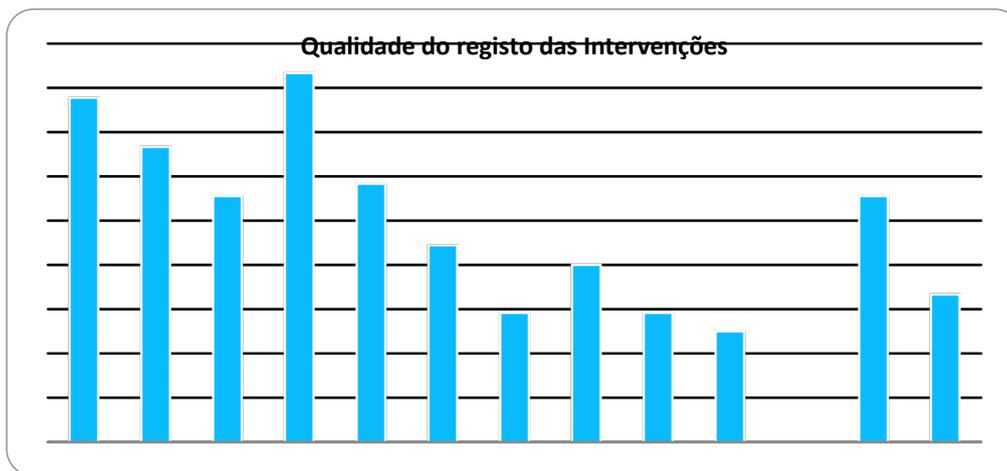


Figura 16: Qualidade do registo das Intervenções.

Ao calcularmos as médias totais das pontuações para cada serviço podemos obter uma classificação global para cada um tendo em conta os parâmetros previstos no instrumento de orientação para os auditores. Esta classificação permite-nos perceber a posição individual de cada serviço face aos outros serviços, numa perspectiva global dos registos de enfermagem informatizados.

Pontuações Globais dos Serviços			
	Pontos	%	n=
CP I	16,83333	50%	34
CP II	23,5	69%	34
CP III	12,83333	38%	34
CP IV	9,5	28%	34
CP V	23,25	68%	34
CP VI	22,16667	65%	34
RP I	20,25	60%	34
RP II	14,1	41%	34
RP III	6	18%	34
RP IV	13,75	40%	34
UIPForense	12,83333	38%	34
Convalescença	14,16667	42%	34
Residencias -Reab	6,6	19%	34

Tabela 16: Pontuações Globais dos Serviços.

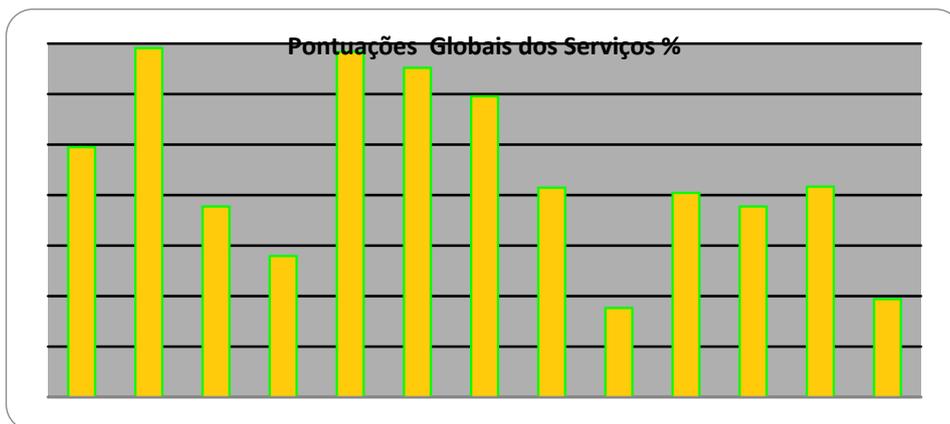


Figura 17: Pontuações Globais dos Serviços.

2.2.2 Pontuações do CHPL e codificação das observações/anotações do auditor

Depois de apresentadas as pontuações dos serviços individualmente, tem particular interesse olharmos para os resultados totais de cada subconjunto de questões pontuadas. Isto permite-nos avaliar a qualidade da informação documentada para todo o CHPL e assim obtermos uma visão geral de cada subconjunto.

	Avaliações iniciais			Diagnósticos de Enfermagem			Relação Diagnósticos e Intervenções			Intervenções		
	Pontos	%	n=	Pontos	%	n=	Pontos	%	n=	Pontos	%	n=
CHPL	11,39358974	47%	24	0,574519231	14%	4	2,435042735	81%	3	1,8410256	61%	3

Tabela 17: Resultados globais do CHPL – Qualidade da informação documentada.

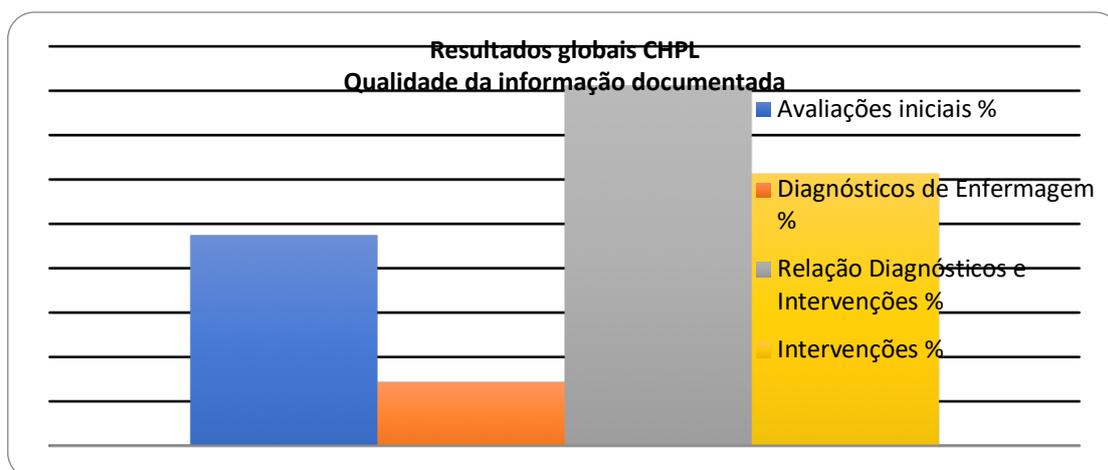


Figura 18: Resultados globais CHPL – Qualidade da informação documentada.

Verificamos que as AI tiveram uma pontuação global no CHPL de 47%. Os DE foram os menos pontuados com apenas 14% da pontuação possível. A relação entre os DE e as Intervenções foi o subconjunto de questões que obteve melhor pontuação – 81% e as Intervenções obtiveram 61%.

No que diz respeito à codificação efectuada a partir das observações/anotações livres do auditor foi possível construir a seguinte árvore de categorias e subcategorias.

Name	Sources	References
Avaliação inicial	43	130
Avaliação inicial descritiva	5	7
Informação desadequada	11	15
Informação incompleta	41	81
Informação irrelevante	24	42
Diagnósticos	43	75
Actualização dos diagnósticos	30	31
Correlação ausente entre AI e DE	9	9
Correlação parcial entre AI e DE	20	25
Estrutura dos diagnósticos	36	37
Intervenções	36	44
Actualização das intervenções insuficiente	29	33
Registo da implementação	23	23
Registo em Notas Gerais	22	30
Relação entre diagnósticos e intervenções	24	25
Correspondência parcial	24	26

Figura 19: Árvore completa da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL.

Debrucemo-nos agora sobre cada subconjunto de questões de forma mais aprofundada.

Quanto às avaliações iniciais, têm globalmente no CHPL uma pontuação de 47%. Ou seja, num máximo de 24 pontos que o CHPL poderia atingir, foram atribuídos 11,39 pontos de média entre todos os serviços.

Quanto à codificação efectuada às observações/anotações que escrevi durante a realização das auditorias foi possível construir a seguinte árvore no que diz respeito à categoria “Avaliação Inicial”.

Name	Sources	References
Avaliação inicial	43	130
Avaliação inicial descritiva	5	7
Informação desadequada	11	15
Informação incompleta	41	81
Informação irrelevante	24	42

Figura 20: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa à Avaliação inicial.

Em todas as 43 auditorias foi possível identificar anotações sobre a avaliação inicial, o que significa que em todas as auditorias senti a necessidade, enquanto auditor, de registar algumas informações. Dentro desta categoria foram identificadas quatro subcategorias. A primeira subcategoria apresentada é “Avaliação inicial descritiva”.

Esta subcategoria estava presente apenas em 5 auditorias, havendo no conjunto das anotações 7 referências que foram categorizadas. Esta subcategoria compreende uma anotação que valoriza positivamente a avaliação inicial em questão por ir ao encontro das orientações [10]. Nestas 5 auditorias, as Avaliações iniciais são tendencialmente descritivas do comportamento dos doentes e não identificam apenas os tipos de alterações psicopatológicas.

“AI descritiva, aborda diversos parâmetros. Compreende-se um quadro clínico completo. Descrição aprofundada do conteúdo do pensamento: “Refere ser perseguido pelo pai e pela X, alegadamente porque o querem “escravizar”. Manifesta o forte desejo de regressar para África “não me identifico com os europeus”. Refere que tem os pais biológicos no Senegal e quer procurá-los.” (sic)”

A2CPII

“Exemplo: “Humor e Emoções: sem depressividade do humor, habitualmente bem disposta e afável, muito apelativa de afectos aos técnicos e utentes, mas por vezes facilmente irritável quando contrariada ou quando se insere em situação de conflito com outros utentes.”

A2RPI

A segunda subcategoria apresentada para as AI é “Informação desadequada”. Para esta subcategoria foram identificadas 15 referências retiradas de 11 auditorias realizadas. Aqui englobei todos os registos realizados pelos enfermeiros em campos que

não deveriam conter essa informação bem como aqueles que não correspondem à perspectiva de enfermagem que está presente no referido guia [10]. Considerei nesta subcategoria todos os registos totalmente desajustados, na perspectiva da Equipa Coordenadora do Projecto, a esse campo. Seguem-se alguns exemplos de anotações:

“Na avaliação inicial é feita referência a pensamento delirante noutro campo mas não existe registo no campo próprio. Avaliação adequada das emoções mas referência inadequada ao pensamento neste campo.”

A1RPPII

“Conteúdo da avaliação da percepção (Avaliação do estado mental) desadequado: “Aparentemente mantida” (sic).”

“O diagnóstico médico é apontado desadequadamente como o motivo do internamento.”

A1RPI

“Conteúdo desadequado no campo da consciência: “Consciente dos factos” (sic).”

A1UIPForense

“Referência no campo do pensamento a mutismo contraditória com outros campos em que se descreve o discurso do doente. Referência no campo do insight a mutismo contraditória com outros campos em que se descreve o discurso do doente.”

A2CPIII

“Descrição contraditória do enfermeiro: “Discurso coerente com algum conteúdo delirante e por vezes provocado”(sic).”

A3CPI

“Conteúdo desadequado no motivo de internamento: “ a doente é residente na instituição” (sic).”

A3RPI

“No motivo de internamento apresenta-se registado o diagnóstico médico. Não é essa a informação pretendida para este campo.”

A4RPPII

É de realçar o registo desadequado do diagnóstico médico como motivo de internamento que surge em diversas auditorias. Estão também presentes alguns registos de determinadas áreas da Avaliação do estado mental em campos que não são os adequados.

A terceira subcategoria é a “Informação incompleta”. Foi identificada em 41 auditorias realizadas havendo 81 referências nas anotações escritas. Nesta subcategoria considerei os registos que não dão informação considerada suficiente para o campo em questão de acordo com as orientações. É importante frizar que esta foi de todas a subcategoria com maior número de referências e num maior número de fontes/auditorias. Este facto aponta para a insuficiência preponderante das informações registadas aquando da realização das avaliações iniciais.

“Avaliação inicial com pouca informação, pobre.”

“Tendencialmente identifica os tipos de alterações e não a descrição delas.”

“Não caracteriza por completo o quadro clínico uma vez que surgem diagnósticos sem referência na AI.”

A1CPI

“Referências em Motivo de Internamento e em Notas Gerais que dão indicação de que o quadro clínico é mais complexo que o descrito.”

“O registo identifica tendencialmente os tipos de alteração e não os descreve.”

A1CPII

“Avaliação inicial dá informação do quadro clínico embora com lacunas: não há referência a alterações do sono nem alucinações, contudo surgem esses diagnósticos no processo de enfermagem.”

“Informação importante (percepção) a que não há referência na avaliação inicial mas é identificada como diagnóstico de enfermagem no processo de enfermagem.”

“Apenas são identificados o tipo de alterações do pensamento e não é feita qualquer descrição.”

A1CPIII

“Falta bastante informação na AI que surge no processo de enfermagem enquanto diagnóstico ou intervenções de enfermagem.”

A1CPIV

“Avaliação inicial pobre face aos diagnósticos identificados à data/hora. Descrição pobre no entanto dá alguma informação sobre a percepção do doente.”

A1CPVI

A última subcategoria da avaliação inicial é “Informação irrelevante”. Está presente em 24 fontes/auditorias tendo sido identificadas 42 referências nas anotações. Ou seja, em cerca de metade das auditorias encontrei informação irrelevante. Considerei informação irrelevante toda aquela que foi registada e que face à leitura do processo de enfermagem total, da avaliação inicial, dos diagnósticos identificados e das intervenções prescritas bem como das notas gerais (registos em texto livre) não contribui para a descrição do quadro clínico do doente.

Tendo em conta a tomada de decisão autónoma do enfermeiro é aceitável que este avalie aquelas dimensões que ache adequadas ao estabelecer contacto com o doente. Contudo, após a leitura de toda a informação disponível considerei que diversas informações não tinham relevância clínica pelo que: ainda que o enfermeiro realizasse essa avaliação por considerar necessário esse despiste, não havendo alterações, o seu registo parece ser irrelevante.

No conjunto das auditorias realizadas verifiquei dois principais tipos de informações aparentemente irrelevantes que foram registadas: aquelas que referem “ausência de alterações” ou manutenção da integridade e aquelas que se referem à avaliação de um aspecto da saúde que não seria previsível avaliar tendo em conta os antecedentes e todo o quadro clínico.

Quanto às primeiras, na Equipa Coordenadora considerámos que ainda que o enfermeiro avalie determinada dimensão da saúde da pessoa, se não existirem alterações não deverá registar sistematicamente “sem alterações”. Deverá abster-se de realizar qualquer registo. A avaliação inicial não configura uma *checklist* que deve ter todos os seus campos preenchidos impreterivelmente. É sim um instrumento de avaliação da saúde das pessoas internadas pelo que só deve ser registada aquela informação pertinente para o quadro clínico. Este princípio também é válido para determinadas avaliações desajustadas do quadro clínico de determinado doente, como pode ser exemplo uma avaliação da saturação de oxigénio numa pessoa sem antecedentes de problemas respiratórios, sem existirem quaisquer referências neste âmbito e sem sinais visíveis de alterações da respiração. Vejamos alguns exemplos de informações irrelevantes.

“Registo da Avaliação de temperatura, respiração, saturação de O₂, visão, audição, alergias, pele e mucosas aparentemente irrelevante para a descrição do quadro clínico do doente neste contexto.”

A1Conv

“ (...) informação em campos que aparentemente não têm pertinência para o quadro clínico da doente como a temperatura e a Sat O2.”

A1CPI

“TA Avaliação irrelevante para o quadro clínico contudo valoriza-se pelo seu potencial na relação enfermeiro/doente num quadro delirante.”

“Pele e mucosas irrelevante para o quadro clínico contudo aparece registada.”

A1CPIII

“Informação sem relevância para a descrição do quadro clínico. TA, P, Temp. Ainda assim valoriza-se esta avaliação tendo em conta o seu potencial na relação enfermeiro/utente num quadro delirante.”

A1CPVI

“Registo da avaliação de alergias irrelevante para a descrição do quadro clínico.”

A1RPI

“Desnecessária a referência a ausência de alterações da consciência.”

A1RPVMB

“Considera-se desnecessária a referência a inexistência de alterações na percepção.”

A2CPI

“Avaliação de Temp, TA, FC, visão, audição, peso, alergias, pele irrelevantes para a descrição do quadro clínico.”

A3RR

A segunda categoria identificada é “Diagnósticos”. Na pontuação global do CHPL (ver Tabela 17 e Figura 18) foi o subconjunto de questões menos pontuado. Apenas obteve 0,57 pontos em 4 possíveis o que corresponde a 14% da pontuação máxima. Significa isto que dos critérios definidos no instrumento de orientação para os auditores foi este o subconjunto em que se verificaram resultados piores. Em todas as 43 fontes/auditorias encontrei anotações/observações prefazendo um total de 75 referências. Da categorização que realizei para os diagnósticos construí a seguinte árvore de subcategorias.

Name	Sources	References
Diagnósticos	43	75
Actualização dos diagnósticos	30	31
Correlação ausente entre AI e DE	9	9
Correlação parcial entre AI e DE	20	25
Estrutura dos diagnósticos	36	37

Figura 21: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa aos diagnósticos.

A primeira subcategoria apresentada designei-a “Actualização dos diagnósticos”. Encontrei 31 referências a esta subcategoria em 30 fontes. Preconiza-se que os diagnósticos de enfermagem identificados sejam actualizados consoante a alteração do quadro clínico do doente. Esta actualização diz respeito a terminar os diagnósticos que já não se verifiquem, identificar novos diagnósticos e actualizar os *status* dos diagnósticos que assim o exijam (ex. “Ansiedade elevada” para “Ansiedade moderada”).

Identificaram-se portanto 31 referências à actualização deficiente dos diagnósticos de enfermagem. Considerei que não ocorreu uma actualização adequada dos diagnósticos sempre que surgiam registos noutros campos do SAPE que davam essa informação. Apresento alguns exemplos.

“Apenas foi feita uma actualização de diagnóstico, havendo contudo informação que sugere essa necessidade. E.g. apesar de haver referências em texto livre ao comportamento adequado da doente não houve alterações ao diagnóstico de risco de agressão; doente dorme bem diversos dias seguidos contudo não se altera o diagnóstico de sono alterado. Existem diversos problemas de enfermagem descritos em Notas gerais que não se encontram adequadamente identificados como diagnósticos: e.g. alucinações, isolamento social, dores, entre muitos outros.”

A1CPIV

“Não ocorreu qualquer actualização aos diagnósticos iniciais. Sendo a AI posterior aos únicos diagnósticos e descrevendo outros problemas de enfermagem, exigia-se uma actualização destes.”

A2CPIV

“Dos quatro diagnósticos identificados foi dado termo a um. Surgem contudo informações em texto livre que apontam para diversos problemas de enfermagem não diagnosticados ao longo do internamento: ferida no antebraço esquerdo, alterações do pensamento, interacção social...”

A3CPIII

“De acordo com informação disponível em notas gerais não foi feita uma adequada identificação e actualização dos diagnósticos de enfermagem. “Ontem

mais alheado, com dificuldade em concentrar-se na preparação. Discurso com associações desconexas ("tenho o blusão de cabedal porque assim não transpiro" sic)." Não foi, contudo, feita qualquer actualização aos diagnósticos."

A5RR

A segunda subcategoria apresentada é a “Correlação ausente entre AI e DE”. O processo de enfermagem descrito, que se baseia no método científico, preconiza que após a realização da avaliação inicial se proceda à identificação dos diagnósticos de enfermagem em correlação. Esta subcategoria surge da presença de 9 anotações em 9 auditorias nas quais não se encontrou qualquer correlação entre as AI apresentadas e os DE identificados para os doentes em questão.

“Não existe correspondência entre a avaliação inicial e os diagnósticos de enfermagem identificados.”

A3Conv

“Não foram identificados diagnósticos de enfermagem à data da avaliação inicial, apenas seis meses depois.”

A5RPII

“Os diagnósticos identificados são anteriores à avaliação inicial e não existe correlação.”

A2RPI

A terceira subcategoria é “Correlação parcial entre AI e DE”. Esta subcategoria foi construída a partir de anotações que revelam uma correlação incompleta entre a avaliação inicial e os diagnósticos que foram identificados à data. Não se verificou uma ausência completa de correlação, que diz respeito à subcategoria anterior, mas lacunas evidentes e importantes. Esta correlação parcial verificou-se de duas formas: problemas de enfermagem presentes na AI relativamente aos quais não foram identificados DE; DE identificados sobre os quais não existia qualquer referência na AI.

Estas anotações foram identificadas em 20 fontes/auditorias num total de 25 referências categorizadas o que significa que em cerca de metade da documentação consultada a correlação é parcial entre a AI e os DE.

“Não existe uma correspondência completa entre a avaliação inicial e os Diagnósticos de enfermagem. Na primeira falta alguma informação que surge nos diagnósticos identificados na mesma data/hora.”

A1Conv

“Não caracteriza por completo o quadro clínico uma vez que surgem diagnósticos sem referência na AI.”

A1CPI

“Existem dois diagnósticos que não estão identificados no processo de enfermagem: “ansiedade” e “autocuidado”.”

A1CPIII

“Existe uma correlação precária entre a avaliação inicial e os diagnósticos identificados: foi identificado o diagnóstico de humor mas faltou a identificação de um diagnóstico relacionado com o excesso de peso.”

A1UIPForense

“Na avaliação inicial não existe referência a alterações do sono, e a adesão ao regime terapêutico, diagnósticos identificados no processo de enfermagem à data/hora da anterior. Existem problemas de enfermagem na avaliação inicial que não foram identificados como diagnóstico como o autocuidado. Não foram identificados diagnósticos após a avaliação inicial havendo informação textual considerável no processo do doente que informa sobre alterações relevantes do quadro clínico.”

A2CPIII

“Na avaliação inicial está omissa a avaliação do sono que está diagnosticado. Nos diagnósticos estão omissos diversos problemas identificados na avaliação inicial: orientação, audição e memória.”

A2RPIII

“Na avaliação inicial não está referido um dado fundamental que tem que ver com a ideação suicida e que surge nos diagnósticos. Referência ao utente negar alterações do pensamento, contudo está identificado o diagnóstico de pensamento alterado.”

A3CP VI

Quanto à “Estrutura dos diagnósticos”, a última subcategoria da categoria dos diagnósticos, reporta-se a anotações sobre a construção dos diagnósticos de enfermagem. De acordo com o “*Manual de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem CHPL*” e com as orientações dadas a estrutura dos diagnósticos a identificar na sequência da AI deveria obedecer a alguns princípios. O ponto de partida seria a CIPE β 2 em que seria imperativa a identificação do foco de enfermagem e atribuição de um *status* a esse foco. Contudo, devido à especificidade da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a Equipa Coordenadora decidiu que seria fundamental complementar os diagnósticos com a sua sintomatologia e a sua etiologia (ex. Auto-agressão manifestada por bater com a cabeça relacionada com estimulação sensorial

inadequada). Desta forma, na Equipa Coordenadora, pretendíamos que os diagnósticos fornecessem o máximo de informação sobre o problema concreto do doente e não se limitassem a identificar o foco de enfermagem (no exemplo anterior: Auto-agressão presente).

Foram encontradas 37 referências nas anotações de 36 fontes/auditorias. Estas anotações diziam respeito à inexistência de sintomatologia e etiologia na estrutura dos diagnósticos na quase totalidade das auditorias realizadas, como se vê nos exemplos seguintes.

“Os diagnósticos foram construídos na sua forma mais elementar: pouco descritivos, sem etiologia nem sintomatologia.”

A1CPI

“O diagnóstico identificado não apresenta sintomatologia: “Adesão ao regime terapêutico não eficaz”. O diagnóstico identificado não apresenta etiologia.”

A3Conv

“Os diagnósticos não apresentam descrição de sintomatologia. Os diagnósticos não apresentam etiologia ou hipóteses de etiologia.”

A3CP VI

A terceira categoria apresentada trata-se das “Intervenções”. As intervenções têm globalmente no CHPL uma pontuação de 61%. Ou seja, num máximo de 3 pontos que o CHPL poderia atingir para este subconjunto de questões foram atribuídos 1,84 pontos de média entre todos os serviços (ver Tabela 17 e Figura 18). Encontrei anotações/observações que foram categorizadas nas intervenções em 36 fontes. Da categorização que realizei para as intervenções construí a seguinte árvore de subcategorias.

Name	Sources	References
Intervenções	36	44
Actualização das intervenções insuficiente	29	33
Registo da implementação	23	23

Figura 22: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa às intervenções.

A primeira subcategoria apresentada é a “Actualização das intervenções insuficiente” que estava presente em 29 fontes com 33 referências. Considerei que a actualização da prescrição das intervenções foi insuficiente sempre que fosse recomendável atribuir novos horários, novas especificações à intervenção, dar termo a ou iniciar novas intervenções. A noção desta necessidade surge após a leitura de toda a informação disponível em cada processo de enfermagem auditado. Esta informação estava presente em grande parte nos registos de texto livre (Notas Gerais).

“Foram feitas actualizações na prescrição das intervenções, contudo insuficientes no que diz respeito não só a diagnósticos identificados como sono, mas também outros que não foram identificados formalmente como alucinações, isolamento social, dores, entre muitos outros”

A1CPIV

“Todas as intervenções prescritas têm horário de SOS quando em texto livre existe referência a necessidade de implementação de intervenções de forma regular e programada.”

A1CP VI

“Considerando os registos em texto livre seria fundamental diversas actualizações ao longo do internamento da prescrição das intervenções.”

A1CPVI

“Não houve uma única actualização das intervenções apesar da AI (posterior à identificação dos diagnósticos) conter informação que o exigia.”

A2CPII

“Tendo em conta a informação registada em texto livre seria relevante a actualização da prescrição das intervenções.”

A4RPI

A segunda subcategoria mais frequente nas anotações foi o “Registo da implementação”. Esta subcategoria refere-se à validação da execução da intervenção, justificação da sua não execução ou ausência de qualquer registo. Foram encontradas 23 referências em 23 fontes, portanto em mais de metade das auditorias realizadas. Estas anotações diziam respeito sobretudo à ausência de registo da implementação das intervenções. Assim, em cerca de metade das auditorias realizadas existem lacunas importantes no registo das intervenções, ou por outras palavras, dos cuidados de enfermagem que são prestados aos doentes internados no CHPL.

“Em diversos turnos não há qualquer registo acerca da implementação ou não das intervenções.”

A1CPIII

“A realização das intervenções não está registada em diversos turnos.”

A1RPI

“Existem algumas intervenções que não têm qualquer registo de implementação ou não implementação.”

A2RPII

“Existem diversas intervenções em diferentes turnos que não está registada a sua implementação.”

A3CPVI

“Em onze dias de internamento só está registada a implementação das intervenções em dois dias.”

A5RR

“A implementação das intervenções está registada pontualmente.”

A5RP3

Na categoria da “Relação entre diagnósticos e intervenções” identifiquei uma subcategoria de “Correspondência parcial”. É interessante verificar que de acordo com a aplicação do instrumento de auditoria esta categoria obteve 2,4 pontos num máximo de 3, o que prefaz 81% (ver Tabela 17 e Figura 18). Foi portanto aquela categoria presente no instrumento de auditoria que obteve melhor pontuação.

Importa aqui dizer que o SAPE sugere um conjunto de intervenções para cada diagnóstico que tem parametrizado. Destas o enfermeiro pode seleccionar aquelas que melhor se adequam ao doente. Verifico contudo que tive a necessidade de efectuar 26 referências ou anotações em 24 auditorias. Estas anotações respeitam a dois tipos de situações: DE identificados que não têm intervenções prescritas e intervenções que não têm um diagnóstico correspondente.

Relação entre diagnósticos e intervenções		24	25
Name	Sources	References	
Correspondência parcial	24	26	

Figura 23: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa à Relação entre diagnósticos e intervenções.

“Existem intervenções prescritas que não têm diagnóstico correspondente.”

A1Conv

“Existem intervenções que não têm qualquer diagnóstico correspondente (atender nas alucinações, monitorizar peso, diminuir ansiedade...).”

A1CPI

“Existem várias intervenções que não têm diagnóstico correspondente: Monitorizar temperatura corporal, Monitorizar frequência cardíaca e tensão arterial.”

A1CPIV

“Existem diversas intervenções que não têm diagnóstico correspondente: “Facilitar o sono; Assistir na manutenção do lar...”

A3Conv

“Está prescrita uma intervenção (planear a dieta) que não se insere no âmbito de qualquer diagnóstico identificado.”

A1CPV

“Os diagnósticos identificados não têm intervenções prescritas.”

A2RPI

Por último, foi codificada uma categoria a partir das anotações do auditor que não estava prevista no instrumento de orientação para os auditores. Trata-se do “Registo em Notas Gerais”. Esta categoria surge a partir de 30 referências em 22 fontes de acordo com as quais as Notas Gerais fornecem informação relativamente a alterações do quadro clínico ou a avaliações de determinados parâmetros de saúde que não foram registadas nos campos próprios. Esta categoria demonstra a excessiva utilização do registo em texto livre por parte dos enfermeiros em detrimento da documentação na AI, nos DE ou nas Intervenções.

Considero que uma possível explicação para este facto poderá ser: em primeiro lugar a forma de documentar em Notas Gerais ser muito semelhante aquela a que estavam habituados: o texto livre no suporte de papel; por outro lado poderá estar relacionado, novamente, com o facto de os enfermeiros não estarem habituados a extraírem vantagens da informação processada nos registos [4] (p.36).



Name	Sources	References
Registo em Notas Gerais	22	30

Figura 24: Árvore parcial da categorização das observações/anotações do auditor para o CHPL relativa ao registo em Notas Gerais.

“Não foi feita qualquer actualização aos diagnósticos de enfermagem havendo referências em texto livre que justificavam essas diversas actualizações em diversos diagnósticos.”

A1CPVI

“Todas as intervenções prescritas têm horário de SOS quando em texto livre existe referência a necessidade de implementação de intervenções de forma regular e programada.”

A1CP VI

“Não foi feita uma adequada actualização dos diagnósticos de enfermagem: surgem informações em texto livre que aponta para essa necessidade.”

A1RPI

“Não houve actualização dos diagnósticos de enfermagem apesar de haver informação em texto livre que sugere essa necessidade: “Doente com atitude um pouco desconfiada. Deambulou pelo Serviço. Pouco sociável.” (sic)”

A1UIPForense

“Não foram identificados diagnósticos após a avaliação inicial havendo informação textual considerável no processo do doente que informa sobre alterações relevantes do quadro clínico.”

A2CP III

“Registo em texto livre aponta para alterações significativas da percepção poucas horas depois.”

A2CPV

“Dos quatro diagnósticos identificados foi dado termo a um. Surgem contudo informações em texto livre que apontam para diversos problemas de enfermagem não diagnosticados ao longo do internamento: ferida no antebraço esquerdo, alterações do pensamento, interacção social...”

A3CP III

“Uma vez que há referências em texto livre do estado nutricional debilitado seria pertinente a avaliação do peso e altura.”

A3RP I

2.3 Discussão dos resultados da segunda parte da auditoria

Os resultados da segunda parte da auditoria ou da qualidade da informação documentada pelos enfermeiros, foram apresentados em quatro subgrupos: avaliações iniciais, diagnósticos, relação dos diagnósticos com as intervenções e intervenções. Fui assim ao encontro dos subconjuntos de questões definidos no instrumento de colheita de dados.

Se olharmos cada serviço individualmente ficam identificadas as áreas mais problemáticas em cada um e que devem ser alvo de intervenção específica nesses contextos particulares. Conseguimos também perceber os serviços que estão a aderir melhor ao SIE.

Se olharmos para o CHPL enquanto instituição única, conseguimos ter a noção global da qualidade da informação documentada pelos enfermeiros.

As AI obtiveram uma pontuação de 47%. Das anotações escritas durante as auditorias sobressaíram alguns aspectos das AI como a presença de informação incompleta na quase totalidade das auditorias realizadas, a presença de informação irrelevante para a descrição do quadro clínico em cerca de metade e de informação desadequada num quarto das auditorias.

Os DE foram os menos cotados com apenas 14% da pontuação possível. Na quase totalidade das auditorias a estrutura dos diagnósticos não é a recomendada. Ou seja, não está presente etiologia e sintomatologia que complemente o foco de enfermagem e o *status*. Os diagnósticos não são actualizados na frequência devida. Existem referências em três quartos das auditorias a uma actualização deficiente. Em metade das auditorias foi identificada uma correlação parcial entre a AI e os DE identificados à data. Isto é, nem sempre os problemas de enfermagem identificados na AI são diagnosticados e nem sempre os DE identificados estão descritos na AI. Existe ainda uma correlação completamente ausente entre AI e DE mas que foi apenas identificada em 9 fontes de 43.

As intervenções obtiveram uma pontuação de 61% com a aplicação do instrumento de auditoria. Desta categoria é importante realçar dois aspectos: a actualização das intervenções é insuficiente face à evolução do quadro clínico dos doentes em cerca de três quartos das auditorias e o registo da implementação das

intervenções não é feito ou é feito de forma incompleta em metade das fontes consultadas.

A relação entre os diagnósticos de enfermagem e as intervenções prescritas foi o subconjunto de questões melhor pontuado com 81% da pontuação total. É importante referir, no entanto, que o SAPE sugere ao enfermeiro um conjunto de intervenções para cada diagnóstico atribuído. Quanto a esta dimensão destacam-se da auditoria dois aspectos: existem diagnósticos de enfermagem que não têm intervenções prescritas e existem intervenções que estão prescritas que não têm um diagnóstico correspondente.

Um último aspecto diz respeito à excessiva documentação em Notas Gerais. As Notas Gerais são um campo alternativo do SAPE cuja forma de registo é muito semelhante ao registo tradicional em suporte de papel: texto livre organizado cronologicamente. Em cerca de metade das auditorias realizadas encontrei documentação excessiva neste campo.

2.4 Discussão final

A tónica predominante neste relatório tem sido a identificação de áreas problemáticas na documentação da informação por parte dos enfermeiros. Estão praticamente ausentes os aspectos positivos da implementação do Projecto CIPE/SAPE.

Isto sucedeu porque a intenção desta auditoria era realizar um *follow up* aos resultados do projecto numa perspectiva construtiva que possibilitasse o seu crescimento. Isso só seria possível nesta fase, na perspectiva da Equipa Coordenadora, identificando-se a adesão e a qualidade da informação.

Contudo, a responsabilidade da implementação do SIE não é exclusiva dos enfermeiros que documentam a informação. Na realidade, esta questão é bem mais abrangente e para a compreendermos melhor é fundamental a análise de outras dimensões não menos importantes.

Num estudo realizado no Taiwan [16] em que o autor explorou as experiências dos enfermeiros após um ano de implementação de um sistema de informação em enfermagem, concluiu que as instituições poderão ter que repensar os interfaces de computador, providenciar uma rede informática mais funcional que vá ao encontro das necessidades dos enfermeiros bem como rever ou actualizar as orientações sobre as

formas adequadas de documentação da informação. À medida que os enfermeiros utilizam o SIE familiarizam-se mais com a tecnologia e usam-na mais facilmente, tornando-se a forma exclusiva de documentar a informação. É importante compreender as dificuldades que os enfermeiros encontraram para se poder potenciar a utilização da tecnologia e melhorar tanto os cuidados de enfermagem como a qualidade da informação documentada.

Após cerca de um ano e meio de implementação do Projecto CIPE/SAPE no CHPL obtiveram-se resultados muito satisfatórios em toda a instituição. Afinal tratou-se de uma mudança radical no SIE em uso. Tal como já foi referido as alterações foram dos conteúdos documentados, da forma de documentar e da própria linguagem a usar.

Em todos os serviços se regista a utilização do novo SIE. Esta utilização é generalizada embora existam lacunas que merecem a atenção de todos os intervenientes. Quanto à qualidade da informação documentada também não é de desconsiderar que já foi percorrido um longo caminho, tendo em conta a alteração profunda de “paradigma” que implicou nos enfermeiros como foi o caso da difusão do conceito de diagnósticos de enfermagem, ainda pouco reconhecido mesmo no seio dos enfermeiros.

Também uma investigadora italiana [17] afirma que a tecnologia não deve ser vista como um objectivo em si mesmo, mas como uma ferramenta para a obtenção de melhores resultados. Neste processo a participação activa dos enfermeiros no desenvolvimento de sistemas tem sido considerada relevante na definição dos seus conteúdos e da sua estrutura. Ou seja, os aspectos sociais e organizacionais devem ser considerados nas auditorias e só uma avaliação realística pode providenciar a criação de uma rede na avaliação de sistemas dos informação em enfermagem [18].

Este estudo é assumido dentro da Equipa Coordenadora como uma primeira abordagem a um projecto e que deve ser seguida de estudos e auditorias seguintes que se debrucem sobre diversos aspectos. Neste sentido, seria importante estudar junto dos enfermeiros a sua perspectiva sobre a implementação do SIE, bem como a sua opinião e dificuldades que sentiram.

Por outro lado há também espaço para se desenvolverem trabalhos numa perspectiva mais clínica. Em primeiro lugar talvez fosse pertinente ponderar a inclusão das intervenções de enfermagem nos objectivos estratégicos da instituição. Depois, seria talvez interessante saber que DE estão a ser atribuídos e em que serviços. Isto permitiria, entre outros, termos a noção da distribuição geodemográfica prevalente

destes DE. Seria também pertinente perceber que intervenções estão a ser prescritas e relativamente a que diagnósticos. Isto é, que intervenções os enfermeiros prescrevem mais para determinados DE, ou mesmo que intervenções têm melhor efeito para cada DE.

Este tipo de trabalhos seria um enorme contributo para o desenvolvimento dos SIE e para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Conclusões

A realização deste *follow up* do projecto CIPE/SAPE permitiu retirar algumas conclusões sobre os resultados da sua implementação no CHPL.

Observando os resultados com uma perspectiva construtiva podemos identificar os aspectos da documentação da informação que merecem ser melhorados. É este o objectivo da Equipa Coordenadora do Projecto CIPE/SAPE e para o qual este relatório tenta contribuir com uma auditoria constituída por duas partes: uma referente aos objectivos estratégicos da instituição, que analisa frequências de utilização e outra referente à qualidade da informação documentada.

Após ano e meio de início do projecto, a adesão dos enfermeiros à utilização do novo SIE é generalizada por todos os serviços do CHPL demonstrando que as tecnologias de informação associadas à prática de enfermagem podem ser um estímulo para novas formas de trabalho.

De acordo com os dados apresentados, existe uma disparidade evidente entre Clínicas e Residências Psiquiátricas no que diz respeito às AI e os DE. Esta disparidade está presente num padrão tendencial de adesão a este tipo de forma de documentação por parte das Clínicas enquanto nas Residências os dados são muito variáveis. Esta variabilidade identifica-se ao compararmos as diversas residências mas também se verifica em cada residência ao longo dos nove trimestres.

A segunda parte da auditoria debruça-se sobre a qualidade da informação documentada na qual foram atribuídas pontuações a quatro dimensões distintas: as AI, os DE, as Intervenções de enfermagem e a relação entre DE e intervenções de enfermagem. As AI foram pontuadas medianamente assim como as intervenções de enfermagem. Os DE foram muito pouco pontuados nesta avaliação da qualidade. A relação entre DE e as intervenções foi a melhor pontuada, talvez devido ao facto do SAPE sugerir de forma automática um conjunto de intervenções para cada DE.

Além da atribuição de pontos às questões foram também registadas anotações pelo auditor que foram posteriormente codificadas. No que diz respeito às AI identifiquei a presença de informação incompleta, irrelevante e desadequada ao campo.

Os enfermeiros quando atribuem DE não inserem a etiologia nem a sintomatologia. Bem como não actualizam os diagnósticos, ou quando o fazem é pontualmente.

No processo de enfermagem, a fase que se segue à AI é a identificação de DE a partir dos problemas detectados na primeira. No sentido de avaliar a sequência de todo o processo de enfermagem foram pesquisadas as correlações existentes entre as diversas fases. Foi identificada uma correlação parcial da informação documentada entre as AI e os DE. Relativamente às intervenções a actualização da prescrição é insuficiente e o registo da implementação destas é feito de forma muito incompleta. A correlação entre os DE e as intervenções revela dois problemas: intervenções prescritas sem diagnóstico e diagnósticos identificados sem intervenções prescritas. Por último evidenciou-se outro aspecto: o excessivo recurso ao registo em “Notas Gerais”, texto livre, quando deveriam ter sido feitas actualizações em campos parametrizados da aplicação informática.

Estas conclusões identificam algumas lacunas na implementação do Projecto CIPE/SAPE no CHPL que justificam a necessidade de se reforçar o investimento e a formação nesta área. Parece-me também fundamental efectuar uma divulgação destes resultados junto da comunidade hospitalar que promova a discussão e a tomada de conhecimento bem como a definição de uma estratégia de intervenção.

Com a realização deste relatório colocam-se novos desafios à continuidade do Projecto CIPE/SAPE. Compreendendo o papel central dos enfermeiros neste processo de mudança, será fundamental perceber as motivações e dificuldades dos enfermeiros na utilização do SIE. Importa também dar continuidade a este tipo de auditoria num prazo de cerca de um a dois anos para efectuar uma comparação com o momento actual e perceber a evolução e o efeito das medidas que entretanto forem implementadas. É de todo pertinente perceber um pouco melhor as oscilações que ocorreram nas RP.

Coloca-se também um desafio de índole diferente: a realização de outro tipo de auditorias numa vertente mais clínica. Isto é, perceber, por exemplo, a frequência e distribuição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. Estas auditorias permitirão debruçarmo-nos sobre uma perspectiva mais clínica do papel da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e retirar algumas conclusões dos seus contributos para os ganhos em saúde ou mesmo compreender como é que os enfermeiros organizam o pensamento para organizar os cuidados que desenvolvem.

Estes desafios prendem-se contudo com uma questão anterior que se coloca presentemente no CHPL: a continuidade do Projecto CIPE/SAPE e de uma equipa de

enfermeiros que tenha disponibilidade para acompanhar a sua implementação e dar resposta às necessidades sentidas nos serviços. A possibilidade de poder contribuir para este projecto no seu todo, e de forma mais intensa durante a auditoria, tem sido extremamente gratificante na medida em que pude perceber alguns resultados da aplicação do SIE nos serviços. Tem sido também gratificante pela reflexão das práticas que tem permitido e que tem implicações directas na qualidade dos cuidados de enfermagem.

As principais limitações à realização deste relatório foram sobretudo ao nível da compatibilização em paralelo das exigências profissionais, académicas e pessoais. Foi um esforço extremamente exigente e desgastante não tendo usufruído de qualquer facilidade. O tempo foi demasiadamente escasso e tenho a certeza que poderia ter aperfeiçoado diversos aspectos deste trabalho noutras circunstâncias.

Por fim importa referir que tenho a convicção plena que, relativamente aos SIE, já foi percorrido um longo caminho no CHPL mas estou igualmente convicto que temos um percurso ainda maior pela frente. Contudo, este só será possível percorrer se houver um claro investimento e estímulo de todos os intervenientes nesta área.

Referências Bibliográficas

1. ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem** [Em linha] (2002). [Consult. 10 Maio 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>>.
2. LEI nº 111/2009. D.R. I Série. 180 (09/09/16) 6528-6550. [Em linha]. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>>.
3. SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL - **Manual de Boas práticas Canadianas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**. Porto: SPESM, 2009.
4. SILVA, Abel Avelino de Paiva e – **Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança**. Porto: Formasau, 2006.
5. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING - **Pillars and Programmes** [Em linha] (2010). [Consult. 10 Maio 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/pillars-a-programmes/>>.
6. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING – **ICNP Definition** [Em linha] (2010). [Consult. 10 Maio 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/definition-a-elements-of-icnpr/>>.
7. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSING - **Vision, goals and benefits of ICNP** [Em linha] (2010). [Consult. 10 Maio 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/vision-goals-a-benefits-of-icnpr/>>.
8. PORTARIA nº 1373/2007. D.R. I Série. 202 (07/10/19) 7686. [Em linha]. [Consult. 07 Agosto 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/10/20200/0768607686.pdf>>.
9. COSTA, Alexandre [et.al.] - **Manual de diagnósticos e intervenções de enfermagem CHPL**. 2009. Acessível no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Portugal.
10. CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA – **Guia para o preenchimento da avaliação inicial CIPE/SAPE**. 2007. Acessível no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Portugal.
11. *Programa de gestão do Conselho de Administração do CHPL*. [Consult. 07 Agosto 2010]. Acessível no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Portugal.

12. INSITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE – **Em que consiste a Qualidade?** [Em linha] (2004). [Consult. 07 Agosto 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ipq.pt/CUSTOMPAGE.aspx?modid=0&pagID=3&faqID=141>>.
13. DECRETO-LEI nº 140/04. D.R. I Série. 134 (04/06/08) 3614-3619. [Em linha]. [Consult. 07 Agosto 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2004/06/134A00/36143619.pdf>>.
14. STREUBERT, Helen J.; CARPENTER, Dona R. – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista**. 2ª ed. Camarate: Lusociência, 2002.
15. FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. 3ª ed. Camarate: Lusociência, 2003.
16. LEE, Ting-Ting – Nursing information: users' experiences of a system in Taiwan one year after its implementation. Journal of Clinical Nursing. [Em linha] 17, (2008) 763–771. [Consult. 12 Set.2010]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=11&sid=16d39414-1c08-4e4d-83a1-0f2ceca0ceeb@sessionmgr12>>.
17. BOLLINI, Giovanna [et.al.] – How different technologies can fit nursing processes to empower staff and increase quality of care. An Italian case study. Connecting Health and Humans. [Em linha] (2009) 126–131. [Consult. 12 Set.2010]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=112&sid=71539ceb-0f14-4640-a45a-0f5af1398835@sessionmgr113>>.
18. OROVIOGOICOECHEA, Cristina [et.al.] – Review: evaluating information systems in nursing. Journal of Clinical Nursing. [Em linha] 17, (2008) 567–575. [Consult. 12 Set.2010]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&hid=15&sid=8fcc8daf-9749-45e3-8e67-6f4ddd5ff82d@sessionmgr13>>.

Anexos

ANEXO I – Instrumento de orientação para os auditores

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Projecto CIPE/SAPE

Instrumento de orientação para os auditores dos registos informatizados de enfermagem

Notas introdutórias sobre a auditoria e o preenchimento do presente instrumento

- O presente instrumento de auditoria surge no âmbito do Projecto da Informatização dos Registos de Enfermagem no CHPL. Este processo de auditoria tem por base dois documentos publicados nesta instituição: o “*Guia para o preenchimento da Avaliação Inicial CIPE/SAPE*” e o “*Manual de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem CHPL*”. Este processo visa realizar um *follow up* da informatização dos registos nomeadamente nas seguintes áreas: adequação dos conteúdos registados face às orientações dadas nos documentos publicados, adequação dos conteúdos registados aos campos da aplicação informática, identificação de áreas problemáticas de registo, constituir um instrumento de trabalho para intervenção formativa posterior, sensibilizar a comunidade hospitalar para a importância de registos rigorosos.
- A auditoria é compreendida pelo preenchimento do presente instrumento de acordo com a informação registada para um doente. Pretende-se que esta auditoria seja feita numa amostra de 10% dos doentes internados em cada serviço, escolhidos aleatoriamente.
- Antes de se iniciar o preenchimento do presente instrumento é necessário ler a “*Avaliação Inicial*”, “*Processo de Enfermagem*” total (Diagnósticos e intervenções que estão activos e os que já estão terminados), e “*Notas Gerais*” (registos em texto livre) com o objectivo de se apreender o quadro clínico do doente no seu todo.
- A cada resposta será atribuída uma pontuação de acordo com os seguintes critérios: sempre que a resposta (ou antes: os registos dos enfermeiros) vá integralmente de encontro à questão colocada ou muito próximo de uma adequação integral - 1 ponto; se a resposta (os registos dos enfermeiros) tiverem alguns elementos adequados/esperados mas existirem também outros desadequados e/ou ficar patente alguma ambiguidade ou dúvida - 0,5 pontos; se a resposta (os registos dos enfermeiros) não forem ao encontro do esperado para essa questão - 0 pontos.
- Concluída a auditoria será feita uma média da pontuação por serviço mediante a amostra aleatória de 10% e atribuída uma classificação.

Nº auditoria: ____

Serviço: ____

Data da realização da auditoria: _____

Hora inicial da auditoria: _____

Hora final da auditoria: _____

Duração da auditoria: _____

Observações: _____

1. Avaliação Inicial

1.1. Apreciação genérica da Avaliação Inicial.

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, pode considerar-se que esta, a Avaliação Inicial, no seu todo, dá informação do quadro clínico do doente nesse momento?

1.1.1. Sim ____

1.1.2. Não ____

1.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2. Apreciação específica da Avaliação inicial.

NOTA 1: De acordo com a alínea a) do ponto 1 do Art. 9º do DL 248 de 22 de Setembro de 2009, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente, quanto a identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos. Por outro lado, de acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros em 2003, a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática na qual o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Assim, a ausência de informação em determinado item da avaliação inicial será considerada como um registo adequado, desde que não exista informação contraditória noutra local, pois considera-se que o doente não detinha alteração/problema digna de nota ou identificável nesse momento.

NOTA 2: De acordo com o “Guia para o preenchimento da Avaliação Inicial CIPE/SAPE” uma descrição adequada dos vários itens é aquela na qual o enfermeiro faz uma descrição tendo em conta a observação do comportamento, o que o doente verbaliza, o que outros sabem sobre a situação do doente. Privilegia-se a descrição, por exemplo, das alterações verificáveis da percepção em detrimento da mera identificação de “alucinações visuais” que não dá informação objectiva e concreta sobre o doente, sobre como o enfermeiro chega a essa conclusão, que já é por si só um diagnóstico. De igual forma privilegia-se a descrição do pensamento em detrimento da mera identificação de, por exemplo, “delírios de conteúdo místico”.

1.2.1. Avaliação do estado mental

1.2.1.1. Percepção

1.2.1.1.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da percepção é pertinente para a

descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.1.1.1.1. Sim ____
- 1.2.1.1.1.2. Não ____
- 1.2.1.1.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.2. Pensamento

- 1.2.1.2.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do pensamento é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.1.2.1.1. Sim ____
- 1.2.1.2.1.2. Não ____
- 1.2.1.2.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.3. Insight e juízo crítico

- 1.2.1.3.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do Insight e juízo crítico é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.1.3.1.1. Sim ____
- 1.2.1.3.1.2. Não ____
- 1.2.1.3.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.4. Humor e emoções

- 1.2.1.4.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do humor e das emoções é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.1.4.1.1. Sim ____
- 1.2.1.4.1.2. Não ____
- 1.2.1.4.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.5. Aspecto e comportamento

- 1.2.1.5.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do aspecto e do comportamento é

pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.1.5.1.1. Sim ____

1.2.1.5.1.2. Não ____

1.2.1.5.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.6. Discurso e linguagem

1.2.1.6.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do discurso e da linguagem é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.1.6.1.1. Sim ____

1.2.1.6.1.2. Não ____

1.2.1.6.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.7. Orientação e cognição

1.2.1.7.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da orientação e da cognição é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.1.7.1.1. Sim ____

1.2.1.7.1.2. Não ____

1.2.1.7.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.8. Consciência

1.2.1.8.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da consciência é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.1.8.1.1. Sim ____

1.2.1.8.1.2. Não ____

1.2.1.8.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.1.9. Memória

1.2.1.9.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da memória é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.1.9.1.1. Sim ____
- 1.2.1.9.1.2. Não ____
- 1.2.1.9.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.2. Motivo de internamento

- 1.2.2.1.1. Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do motivo de internamento é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.2.1.1.1. Sim ____
- 1.2.2.1.1.2. Não ____
- 1.2.2.1.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3. Exame Físico

- 1.2.3.1. Sinais Vitais

- 1.2.3.1.1. Temperatura

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da temperatura é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.3.1.1.1. Sim ____
- 1.2.3.1.1.2. Não ____
- 1.2.3.1.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

- 1.2.3.1.2. TA

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da TA é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

- 1.2.3.1.2.1. Sim ____
- 1.2.3.1.2.2. Não ____
- 1.2.3.1.2.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

- 1.2.3.1.3. Pulso

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do Pulso é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.1.3.1. Sim ____

1.2.3.1.3.2. Não ____

1.2.3.1.3.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.1.4. Respiração

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da Respiração é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.1.4.1. Sim ____

1.2.3.1.4.2. Não ____

1.2.3.1.4.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.1.5. Glicemia capilar

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da Glicémia Capilar é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.1.5.1. Sim ____

1.2.3.1.5.2. Não ____

1.2.3.1.5.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.1.5.4. Saturação O2

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da Saturação O2 é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.1.5.5. Sim ____

1.2.3.1.5.6. Não ____

1.2.3.1.5.7. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.2. Avaliação da visão/audição

1.2.3.2.1. Visão

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da Visão é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.2.1.1. Sim ____

1.2.3.2.1.2. Não ____

1.2.3.2.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.2.1.4. Audição

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da Audição é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.2.1.5. Sim

1.2.3.2.1.6. Não

1.2.3.2.1.7. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.3. Avaliação ponderal

1.2.3.3.1. Altura

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo da Altura é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.3.1.1. Sim

1.2.3.3.1.2. Não

1.2.3.3.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.3.2. Peso

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo do Peso é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.3.2.1. Sim

1.2.3.3.2.2. Não

1.2.3.3.2.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.4. Alergias

1.2.3.4.1. Alimentos

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo de Alergias a Alimentos é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.4.1.1. Sim

1.2.3.4.1.2. Não

1.2.3.4.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.4.2. Fármacos

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura,

o registo de Alergias a Fármacos é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.4.2.1. Sim ____

1.2.3.4.2.2. Não ____

1.2.3.4.2.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

1.2.3.5. Pele e mucosas

1.2.3.5.1. Alterações da integridade

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis na altura, o registo de Alterações da integridade da Pele e Mucosas é pertinente para a descrição do quadro clínico e o seu conteúdo é de acordo com o esperado?

1.2.3.5.1.1. Sim ____

1.2.3.5.1.2. Não ____

1.2.3.5.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

2. Diagnósticos de Enfermagem

2.1. Correspondência entre Diagnósticos de Enfermagem e Avaliação Inicial.

Após a leitura da informação disponível à data da Avaliação Inicial nos campos do SAPE da Avaliação Inicial e dos Diagnósticos de enfermagem; e face aos dados disponíveis na altura, existe uma correspondência adequada e tendo em conta as prioridades clínicas de enfermagem entre a Avaliação Inicial e os Diagnósticos de Enfermagem identificados nessa data?

2.1.1. Sim ____

2.1.2. Não ____

2.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

2.2. Diagnósticos posteriores à Avaliação Inicial

Após a leitura da informação disponível nos diversos campos do SAPE (Avaliação Inicial, Diagnósticos de enfermagem, Intervenções e Notas Gerais associadas), e face aos dados disponíveis, foi feita uma adequada identificação e actualização dos Diagnósticos de Enfermagem?

2.2.1.1. Sim ____

2.2.1.2. Não ____

2.2.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

2.3. Construção estrutural dos diagnósticos de Enfermagem

2.3.1. Os diagnósticos identificados apresentam descrição da sintomatologia, além do foco de enfermagem?

2.3.1.1. Sim ____

2.3.1.2. Não ____

2.3.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

2.3.2. A etiologia está descrita de acordo com a informação disponibilizada no processo total do doente? (Nem sempre é possível ao enfermeiro identificar a etiologia do problema, podendo nesse caso colocar hipóteses de etiologias)

2.3.2.1. Sim ____

2.3.2.2. Não ____

2.3.2.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

3. Relação entre os Diagnósticos e as Intervenções de Enfermagem

3.1. De acordo com a informação disponibilizada, considerando as prioridades clínicas de enfermagem, os diagnósticos identificados têm intervenções prescritas?

3.1.1. Sim ____

3.1.2. Não ____

3.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

3.2. De acordo com a informação disponibilizada e considerando as prioridades clínicas de enfermagem, as intervenções prescritas têm um diagnóstico correspondente?

3.2.1. Sim ____

3.2.2. Não ____

3.2.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

3.3. De acordo com a informação disponibilizada e considerando as prioridades clínicas de enfermagem, as intervenções prescritas são adequadas ao diagnóstico?

3.3.1. Sim ____

3.3.2. Não ____

3.3.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

4. Intervenções de enfermagem

4.1. Os horários são adequados às intervenções prescritas?

4.1.1. Sim ____

4.1.2. Não ____

4.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

4.2. A realização das intervenções está registada?

4.2.1. Sim ____

4.2.2. Não ____

4.2.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

4.3. Actualização das Intervenções (termo, atribuição de novos horários, especificações diferentes ou outros).

4.3.1. De acordo com todo o processo de enfermagem (Diagnósticos actualmente identificados, “*Notas Gerais*” ou outros registos), seria relevante uma actualização da prescrição das intervenções (dar termo, atribuir novos horários, especificações ou outros) para o actual quadro clínico do doente?

4.3.1.1. Sim ___

4.3.1.2. Não ___

4.3.1.3. Observações do auditor:

Pontuação: | 0 | 0,5 | 1 |

Nº DE QUESTÕES: 34

PONTUAÇÃO MÁXIMA: 34

PONTUAÇÃO Avaliação Inicial: ___ / 24

PONTUAÇÃO Diagnósticos de Enfermagem: ___ / 4

PONTUAÇÃO Relação Diagnósticos/Intervenções Enfermagem: ___ / 3

PONTUAÇÃO Intervenções Enfermagem: ___ / 3

PONTUAÇÃO TOTAL: ___ / 34

ANEXO II – Pedido de autorização ao Conselho de Administração

De:
Daniel Lopes
Enfermeiro Esp. Enf. Saude Mental Psiquiátrica
Residência Psiquiátrica 2

Para:
Conselho de Administração
do CHPL

Data: 28 de Maio de 2010

Assunto: Pedido de autorização para aceder a dados informáticos e utilizá-los num relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Exmos Srs.

Encontro-me actualmente a realizar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora, que está a ser orientado pela Prof.^a Dulce Cabral. No âmbito do mestrado é-me pedido que elabore um relatório sobre um projecto profissional em que participe. Fazendo eu parte do Grupo Coordenador do Projecto CIPE/SAPE no CHPL, estou a desenvolver um relatório de mestrado com o tema "*Os Registos e o Sistema informático SAPE*".

Venho por este meio solicitar autorização para, através da Direcção de Enfermagem e do Grupo Coordenador do Projecto CIPE/SAPE no CHPL, ter acesso e utilizar no meu relatório alguns dados estatísticos do SAPE, nomeadamente "*Avaliações iniciais, Diagnósticos e Intervenções*" de enfermagem registados no sistema.

Para melhor compreensão do que me proponho realizar anexo a este pedido o *Projecto de Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental*.

Comprometo-me a cumprir com o código deontológico do enfermeiro publicado na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, nomeadamente no que diz respeito aos deveres de sigilo (Artigo 85º) e outros que se apliquem.

Mais informo que este trabalho de mestrado não se trata de um trabalho de investigação científica mas pretende antes ser um relatório de um projecto que esteja a decorrer, no qual participo e que recorra a dados que estejam registados.

Melhores cumprimentos,

(Daniel Lopes)

***ANEXO III – Parecer positivo da Comissão de Ética do CHPL e
autorização do Conselho de Administração***



Daniel lopes <dsalopes@gmail.com>

FW: Dados Informáticos - Autorização do CA

Marina Pinto <marinapinto@chpl.min-saude.pt>

Fri, Jul 2, 2010 at 4:22 PM

To: dsalopes@gmail.com

Exm^o Senhor

Enfermeiro Daniel Lopes

No seguimento do email de 22 de Junho, informamos que o pedido solicitado em referência foi autorizado pelo Conselho de Administração, na sua reunião de 02 de Julho de 2010.

Com os melhores cumprimentos,

O secretariado do CA

Marina Pinto

De: Marina Pinto [mailto:marinapinto@chpl.min-saude.pt]

Enviada: terça-feira, 22 de Junho de 2010 14:35

Para: 'dsalopes@gmail.com'

Assunto: Dados Informáticos

Exm^o . Senhor

Daniel Lopes

Informa-se V. Exa. que o pedido em referência , foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHPL em 18/6/2010, sendo nesta data encaminhado para o Conselho de Administração para autorização.

Com os melhores cumprimentos,

O Secretariado da CES

Marina Pinto