

## **UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

***SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM (SAPE):  
NOVAS DINÂMICAS –  
A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS***

**Gisela Bichinho Whittle Coelho**

Dissertação

**Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Antónia de Jesus Henriques Correia

e Mestre Joel David Valente Guerreiro

**2013**

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE ECONOMIA**

***SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM (SAPE):  
NOVAS DINÂMICAS –  
A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS***

**Gisela Bichinho Whittle Coelho**

Dissertação

**Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde**

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Antónia de Jesus Henriques Correia

e Mestre Joel David Valente Guerreiro

**2013**

# UNIVERSIDADE DO ALGARVE

## FACULDADE DE ECONOMIA

### ***SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM (SAPE): NOVAS DINÂMICAS – A PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS***

#### **Declaração de Autoria do Trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Gisela Bichinho Whittle Coelho



---

#### **Direitos de Cópia**

© **Copyright:** *Gisela Bichinho Whittle Coelho*

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

A todos os utilizadores do SAPE.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo da elaboração deste trabalho de investigação houve uma colaboração importantíssima de diversas pessoas e entidades, sem as quais não teria sido possível a sua concretização. A todas elas manifesto o meu reconhecimento e agradecimento.

Contudo, sendo impossível referir individualmente todos aqueles que me ajudaram, agradeço especialmente:

- À Faculdade de Economia da Universidade do Algarve e aos seus docentes, com os quais pude contactar ao longo do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela formação dada;
- Ao Director do curso de Mestrado supracitado, Professor Doutor Sérgio Santos, sempre presente, pela atenção oferecida sempre que solicitado;
- Aos meus orientadores neste estudo, Professora Doutora Antónia Correia e Mestre Joel Guerreiro, pelo privilégio de trabalhar com ambos e por todo o acompanhamento, paciência, excelente orientação e boa-disposição;
- Ao Hospital de Faro e ao Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, atualmente Centro Hospitalar do Algarve, por me terem acolhido enquanto investigadora e me terem permitido adquirir os dados necessários para este estudo;
- À Enf.<sup>a</sup> Otília Pires, Enf.<sup>a</sup> Filomena Martins e à Dra. Célia Santos, responsáveis pela introdução do SAPE no Hospital de Faro, pelo apoio e partilha de conhecimento nesta área;
- A todos os Enfermeiros-chefes dos serviços envolvidos neste estudo, por me terem possibilitado o acesso aos dados necessários ao mesmo;
- A todos os enfermeiros utilizadores do SAPE, do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (atual Centro Hospitalar do Algarve), que voluntariamente participaram neste estudo, pela disponibilidade oferecida;
- E por último, mas não por isso menos importante, aos meus pais, irmão, namorado, restante família e amigos, pelo suporte, incentivo e motivação incondicionais.

## RESUMO

A presente dissertação resulta de um estudo de carácter descritivo/exploratório cuja recolha de dados ocorreu entre 22 de Novembro de 2012 e 16 de Março de 2013 no Hospital de Faro. A população-alvo deste estudo foram os enfermeiros dos serviços: Cirurgia 1 e 2; Ginecologia; Medicina 1 e 2; Nefrologia; Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Este estudo foca a versatilidade do SAPE, na ótica dos utilizadores, tendo por isso, como principal objetivo perceber junto dos enfermeiros, a sua perspetiva sobre tal. O instrumento de recolha de dados aplicado foi o questionário (com 32 questões fechadas e 3 abertas); tendo participado no estudo, 204 enfermeiros. Estabeleceram-se hipóteses de investigação, considerando as variáveis independentes: grupo etário, tempo de exercício profissional na organização, formação, implementação e departamento. Da análise qualitativa, destacam-se as vantagens da aplicação: ao nível da organização dos dados e informação dos utentes; acesso à informação; simplificação e facilidade do sistema; e controlo e monitorização proporcionado pelo mesmo. Como principais desvantagens enumeram-se: o facto de o SAPE não ser *user friendly*; apresentando frequentes *bugs* e erros; lacunas ao nível da parametrização e organização do sistema e dificuldade de acesso a indicadores de monitorização. Foram também percebidas sugestões de melhoria para a aplicação, em que os enfermeiros salientam a importância das mudanças, nomeadamente na organização e parametrização do sistema, assim como ao nível da simplificação e *interfaces* de comunicação.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Hospital de Faro; Registos de Enfermagem; SIE (Sistemas de Informação em Enfermagem); SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

## **ABSTRACT**

The present dissertation results from a study of descriptive/exploratory nature. The data collection occurred between November 22nd, 2012 and March 16th, 2013 at Faro Hospital. Target population was nurses from: Surgery 1 and 2; Gynaecology, Medicine 1 and 2; Nephrology, Emergency Room and Polyvalent Intensive Care Unit.

This study focuses on the user perceptions of SAPE, with the primary objective to perceive among nurses, their perspective on this. The data collection instrument used was the questionnaire (with 32 closed and 3 open-ended questions); 204 nurses participated in the study. Have been established research hypotheses, considering the independent variables: age groups, length of professional practice in the organization, formation, implementation and department. From the qualitative analysis, it is possible to highlight the advantages of application: in the organization of data and patients information; access to information, simplification and ease of the system and monitoring and control. Main disadvantages enumerated were: the fact of the SAPE was not user friendly, featuring frequent bugs and errors, gaps in the parametrization and organization of the system and the existence of difficulties on the access to monitoring indicators. Some improvements were also suggested namely: the importance of changes, particularly in the organization and parameterization of the system, as well as the level of simplification and communication interfaces.

**Keywords:** Information Systems in Nursing; Faro Hospital; Nursing; Nursing Records; SAPE.

## ÍNDICE GERAL

	Página
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
ÍNDICE DE QUADROS .....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS .....	xv
Capítulo 1. INTRODUÇÃO .....	1
1.1 Definição e Relevância do Tema .....	1
1.1.1 Objetivos do Estudo.....	2
1.2 Organização do Estudo .....	3
Capítulo 2. REVISÃO DA LITERATURA .....	4
2.1 Enquadramento Conceptual .....	4
2.1.1 Sistema de Saúde Português .....	4
2.1.2 Informação: O Cerne da Questão.....	6
2.1.3 Sistemas de Informação .....	7
2.2 Tecnologias de Informação como Suporte à Gestão do Conhecimento em Ambiente Hospitalar .....	11
2.2.1 Tecnologias da Informação e Comunicação .....	11
2.2.2 Sistemas de Informação em Saúde no Âmbito Hospitalar .....	14
2.2.3 Registo Clínico Eletrónico – Segurança e Proteção de Dados .....	19
2.2.4 Gestão da Informação Hospitalar .....	21
2.3 Partilha de Informação na Prestação de Cuidados de Enfermagem.....	23
2.3.1 Processo de Enfermagem e Tomada de Decisão .....	23
2.3.2 Documentação em Enfermagem.....	25
2.3.3 Estandarização em Enfermagem - CIPE.....	27
2.3.4 Sistemas de Informação em Enfermagem .....	34
Capítulo 3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO .....	39
3.1 Sistemas de Informação em Enfermagem no SNS .....	39
3.1.1 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) .....	39
3.1.1.1 Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem .....	53
3.2 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem no Âmbito Hospitalar .....	54
3.2.1 Conceito de “Hospital” .....	54
3.2.2 Caracterização do Hospital de Faro .....	55
3.2.3 SAPE no Hospital de Faro: da Implementação à Atualidade .....	58

Capítulo 4. METODOLOGIA .....	63
4.1 Métodos e Técnicas.....	64
4.1.1 Desenho de Investigação .....	64
4.1.1.1 O Meio .....	65
4.1.1.2 População Alvo e Processo de Amostragem .....	65
4.1.1.3 As Variáveis.....	69
4.1.2 Recolha de Dados .....	69
4.1.2.1 O Questionário .....	70
4.1.2.2 Pré-teste do Questionário.....	72
4.1.3 Desenvolvimento e Procedimentos.....	73
4.1.4 Considerações Éticas .....	75
4.2 Análise e Organização dos Dados .....	76
4.2.1 Tratamento Estatístico .....	76
Capítulo 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	78
5.1 Estatística Descritiva .....	78
5.1.1 Caracterização da Amostra .....	78
5.1.1.1 Caracterização Sociodemográfica.....	79
5.1.1.2 Caracterização Profissional.....	82
5.1.1.3 SAPE - Conhecimentos .....	84
5.1.1.4 SAPE - A Perspetiva dos Enfermeiros .....	87
5.2 Estatística Inferencial .....	98
5.2.1 Testes de Hipóteses.....	98
5.2.1.1 Hipótese 1 .....	98
5.2.1.2 Hipótese 2 .....	100
5.2.1.3 Hipótese 3 .....	102
5.2.1.4 Hipótese 4 .....	104
5.2.1.5 Hipótese 5 .....	105
5.3 Análise de Conteúdo .....	109
5.3.1 SAPE - Fenómenos mais Identificados .....	109
5.3.2 SAPE - Principais Vantagens .....	111
5.3.3 SAPE - Principais Desvantagens .....	113
5.3.4 SAPE - Sugestões de Melhoria.....	116
Capítulo 6. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS DE TRABALHO FUTURO .....	118
6.1 Sumário .....	118

6.2 Recomendações.....	120
6.3 Limitações do Estudo e Perspetivas de Investigação Futura .....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	122
Apêndice 1: Questionário Aplicado.....	131
Apêndice 2: Pedido de Autorização – CHBA .....	135
Apêndice 3: Pedido de Autorização – HF .....	136
Apêndice 4: Formulário de “Consentimento livre e esclarecido” .....	137
Apêndice 5: Testes de Hipóteses ( <i>Outputs</i> ).....	138

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 2.1 O Conceito Envolvente dos SI .....	9
Figura 2.2 Atividades da Função de Sistemas de Informação .....	10
Figura 2.3 Exemplos de SI Hospitalares .....	16
Figura 2.4 As Cinco Fases do Processo de Enfermagem .....	24
Figura 2.5 Fenómenos de Enfermagem em Pirâmide .....	29
Figura 2.6 Processo de Enfermagem segundo a CIPE.....	30
Figura 2.7 Da CIPE versão Beta 2 para o Modelo de Sete Eixos da CIPE .....	31
Figura 2.8 Produção de Conhecimento em Enfermagem .....	32
Figura 3.1 Aplicação SAPE – Página Inicial .....	42
Figura 3.2 Aplicação SAPE - Entrada .....	42
Figura 3.3 Lista dos Utentes .....	43
Figura 3.4 Barra de Menus - Relatórios.....	44
Figura 3.5 Barra de Menus Superior – Horizontal.....	44
Figura 3.6 Avaliação Inicial.....	45
Figura 3.7 Processo de Enfermagem .....	45
Figura 3.8 Inserção de <i>Status</i> .....	46
Figura 3.9 Intervenções de Enfermagem .....	47
Figura 3.10 Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos .....	48
Figura 3.11 Processo de Enfermagem no SAPE.....	48
Figura 3.12 Prescrições Médicas .....	49
Figura 3.13 Ícones da Barra de Ferramentas Horizontal - “Prescrições Médicas” .....	49
Figura 3.14 Ícones da Barra de Ferramentas Vertical - “Prescrições Médicas” .....	50
Figura 3.15 Mapa de Cuidados .....	50
Figura 3.16 Notas Gerais .....	51
Figura 3.17 Vigilância .....	52
Figura 4.1 Diagrama Metodológico.....	63
Figura 4.2 Procedimentos da Investigação .....	75

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 4.1 Composição da Amostra.....	68
Gráfico 5.2 Caraterização da Amostra por Grupo Etário (Departamentos) .....	81
Gráfico 5.3 Caraterização da Amostra por Formação (Geral).....	85
Gráfico 5.4 Caraterização da Amostra por Formação (Implementação e Dptos.).....	85
Gráfico 5.5 Comparação da Perspetiva dos Enfermeiros (Departamentos) .....	97
Gráfico 5.6 Relação do Grupo Etário na Perspetiva dos Enfermeiros.....	99
Gráfico 5.7 SAPE - Principais Vantagens (Departamentos) .....	113
Gráfico 5.8 SAPE - Principais Desvantagens (Departamentos) .....	115
Gráfico 5.9 SAPE - Sugestões de Melhoria (Departamentos).....	117

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1 Atividade Assistencial Anual do HF – Dados de 2012 .....	58
Quadro 3.2 Recursos Humanos do HF - Dados de 2012 .....	58
Quadro 3.3 Formações Realizadas pelo CFIC do HF - SIE .....	61
Quadro 4.1 Estrutura do Questionário .....	71
Quadro 5.1 Caracterização da Amostra por Género .....	79
Quadro 5.2 Caracterização da Amostra por Grupo Etário.....	80
Quadro 5.3 Caracterização da Amostra por Habilitações Literárias .....	81
Quadro 5.4 Caracterização da Amostra por Categoria Profissional .....	82
Quadro 5.5 Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional .....	82
Quadro 5.6 Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional (classes) .	83
Quadro 5.7 Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional (HF) .....	83
Quadro 5.8 Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional (serviço) .	84
Quadro 5.9 Caracterização da Amostra por Formação.....	86
Quadro 5.10 Caracterização da Amostra por Utilização do SAPE .....	87
Quadro 5.11 A Informatização como uma Mais-valia .....	87
Quadro 5.12 Adequabilidade dos Recursos Físicos.....	88
Quadro 5.13 Redução do Papel.....	88
Quadro 5.14 SAPE como Instrumento de Trabalho .....	89
Quadro 5.15 SAPE como Plataforma de Visualização.....	89
Quadro 5.16 SAPE e Parametrização .....	90
Quadro 5.17 SAPE e o Processo de Enfermagem .....	90
Quadro 5.18 SAPE na Gestão do Planeamento dos Cuidados .....	91
Quadro 5.19 SAPE como Uniformizador .....	91
Quadro 5.20 SAPE como Facilitador da Comunicação.....	92
Quadro 5.21 SAPE e a Continuidade dos Cuidados.....	92
Quadro 5.22 SAPE na Responsabilização dos Enfermeiros.....	93
Quadro 5.23 SAPE no Acesso e Consulta de Registos Anteriores.....	93
Quadro 5.24 SAPE Associado à Segurança dos Dados.....	94
Quadro 5.25 SAPE na Extração de Indicadores de Gestão .....	95
Quadro 5.26 SAPE como Promotor de Melhoria na Prestação de Cuidados .....	95
Quadro 5.27 SAPE <i>versus</i> Registo em Papel .....	96
Quadro 5.28 Relação da Antiguidade na Perspetiva dos Enfermeiros .....	100

Quadro 5.29 Relação da Formação na Perspetiva dos Enfermeiros .....	102
Quadro 5.30 Relação da Implementação na Perspetiva dos Enfermeiros .....	104
Quadro 5.31 Relação do Departamento na Perspetiva dos Enfermeiros .....	106
Quadro 5.32 SAPE - Fenómenos de Enfermagem (mais identificados).....	110
Quadro 5.33 SAPE - Principais Vantagens .....	111
Quadro 5.34 SAPE - Principais Desvantagens .....	114
Quadro 5.35 SAPE - Sugestões de Melhoria.....	116

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

Neste trabalho são utilizadas diversas abreviaturas de designações comuns, por vezes apenas apresentadas aquando da sua primeira utilização:

a.C.	Antes de Cristo (abreviatura)
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ANA	<i>American Nursing Association</i> (Associação Americana de Enfermeiros)
CFIC	Centro de Formação, Investigação e Conhecimento
CHBA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNECV	Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
DSI	Desenvolvimento de Sistemas de Informação
Dpto.	Departamento (abreviatura)
<i>e.g.</i>	<i>Exempli gratia</i> (Por exemplo)
Enf.º <sup>a</sup>	Enfermeiro/a (abreviatura)
ENFIN	Enfermagem/Informática
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESI	Exploração de Sistemas de Informação
<i>et al.</i>	<i>Et alia</i> (E outros)
EUCI	Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (no contexto do estudo, constitui um dos departamentos do Hospital de Faro)
F	Frequência
GSI	Gestão de Sistemas de Informação
HF	Hospital de Faro
ICN	<i>International Council of Nurses</i> (Conselho Internacional de Enfermeiros)
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional de Padronização)
N.º	Número (abreviatura)
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i> (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de enfermagem)
<i>nd</i>	<i>No date</i> (sem data)

NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i> (Classificação de Intervenções de Enfermagem)
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i> (Classificação de Resultados de Enfermagem)
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
<i>p</i>	<i>p-value</i> , associado à significância estatística
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i> (Assistente pessoal digital)
PDS	Plataforma de Dados da Saúde
PE	Processo de Enfermagem
PL/SQL	<i>Procedural Language/Structured Query Language</i>
PPP	Parcerias Público-Privado
PSI	Planeamento de Sistemas de Informação
RH	Recursos Humanos
RIS	Rede de Informação da Saúde
RMDE	Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
RSE	Registo de Saúde Eletrónico
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCD/E	Sistema Classificação de Doentes em Enfermagem, por níveis de dependência
SI	Sistemas de Informação
SIE	Sistemas de Informação de Enfermagem
SINUS	Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SOS	Sinal usado em situações de emergência (No contexto do estudo, utilizado para representar atividades de enfermagem não planeadas)
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i> (Aplicação Informática)
TI	Tecnologias de Informação
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UALG	Universidade do Algarve
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

URL	<i>Uniform Resource Locator</i> (Localizador-padrão de recursos)
€	Euro/s (Unidade Monetária)
%	“Por cento” (Percentagem - medida de razão de base 100)

## Capítulo 1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação de mestrado, de natureza científica, surge no âmbito do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve (UALG), tendo sido realizada com vista à obtenção do grau de mestre. A orientação de todo o percurso de investigação esteve a cargo da Professora Doutora Antónia Correia e do Mestre Joel Guerreiro.

Uma dissertação de mestrado constitui uma obra científica rica e original, sendo simultaneamente um exercício académico, que representa o culminar de um percurso de investigação imposto aos estudantes do segundo e terceiro ciclos universitários, que tem por objetivo a obtenção do grau académico de mestre (Espírito Santo e Cunha, 2011 e Fortin *et al.*, 2009). “O grau de mestre comprova um nível aprofundado de conhecimentos numa área científica e capacidade para a prática da investigação” (Faculdade de Economia da UALG, 2013: 1).

A presente dissertação, foi realizada segundo as normas estabelecidas pela Faculdade de Economia da UALG, através do “Guia para Elaboração de Trabalho Final de Mestrado - 2º ciclo” (Faculdade de Economia da UALG, 2013), tendo por base o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 2011.

### 1.1 Definição e Relevância do Tema

Este estudo insere-se na área temática dos “Sistemas de Informação e Logística de Unidades de Saúde”, tendo como título “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): Novas Dinâmicas – a perspetiva dos enfermeiros”. Considerou-se importante compreender como é que os enfermeiros perspetivam a documentação de enfermagem inerente à prestação de cuidados, num mundo cada vez mais virado para as novas tecnologias e com cada vez mais computadores a auxiliarem o Homem.

Os avanços tecnológicos na área da saúde, como em qualquer outra área, são uma constante da nossa atualidade. As novas tecnologias, tais como a informatização dos cuidados e a cada vez maior oferta de equipamentos de apoio aos enfermeiros e à enfermagem propriamente dita, estão em constante evolução. Cabe aos enfermeiros adaptarem-se aos novos meios instituídos e tirarem partido dos mesmos da melhor forma. Por outro lado, cada vez mais as administrações das organizações de saúde – a todos os níveis de gestão – tenderão a incorporar as tecnologias da informação e comunicação nos processos organizacionais. A informação clínica não será exceção

(Silva, 2006). O impacto atual e futuro da implementação destas ditas novas tecnologias, nomeadamente dos sistemas de informação em enfermagem (SIE), pode ser analisado com alguma especificidade, tendo em conta a sua relação com os enfermeiros e os doentes, ao nível dos cuidados de enfermagem prestados.

No seguimento da crescente procura pela melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, houve necessidade da conversão dos SIE, ao suporte eletrónico em detrimento da base em papel. Surge assim neste contexto, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), desenvolvido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), atual Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que teve como ponto de partida a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e como objetivo, permitir a informatização dos registos de enfermagem efetuados nas unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde, com maior enfoque para as unidades de saúde pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS). O SAPE é atualmente utilizado em várias unidades de saúde do país (Cunha e Mota, 2007).

A avaliação de Sistemas de Informação (SI) é uma atividade fundamental para determinar o sucesso do sistema e garantir a continuidade da sua utilização, no âmbito da área da saúde, o seu estudo deverá ser realizado de forma participativa, contemplando a perspetiva e necessidades dos seus utilizadores (Sousa, 2006). Desta forma, torna-se importante verificar a capacidade de adaptação dos utilizadores (enfermeiros), aos SI implementados, nomeadamente ao SAPE, compreendendo a sua aceitação e perspetivando um possível melhoramento dos mesmos, com os benefícios que daí se poderão recolher. Independentemente do uso das ditas “novas tecnologias” é importante salientar que faz parte da função dos enfermeiros a satisfação das necessidades da pessoa que se encontra em situação de doença, e acima de tudo a manutenção do ambiente humanizado e personalizado.

### **1.1.1 Objetivos do Estudo**

Sendo os utilizadores do sistema o elemento mais cabal na contribuição para o desenvolvimento e melhoria da automatização dos processos, definem-se os objetivos deste estudo:

- Compreender a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE;
- Identificar as principais vantagens e desvantagens da utilização deste sistema;

- Identificar possíveis cenários de melhoria para o sistema (com base na opinião dos enfermeiros).

## **1.2 Organização do Estudo**

Para melhor compreensão do tema em estudo, esta dissertação divide-se em cinco capítulos:

No “**Capítulo 1. INTRODUÇÃO**” são esclarecidos e justificados: o âmbito e relevância do estudo, objetivos e estrutura da dissertação.

Relativamente, ao “**Capítulo 2. REVISÃO DA LITERATURA**” faz-se o enquadramento teórico da investigação, “estado da arte” – revisão de alguns conceitos pertinentes, para uma melhor compreensão do tema em estudo.

No que toca ao “**Capítulo 3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**”, é apresentada a realidade em estudo, contextualizando a mesma no Hospital de Faro.

No “**Capítulo 4. METODOLOGIA**” descreve-se a metodologia de investigação, técnicas para obtenção dos dados e os métodos utilizados na análise dos mesmos.

No “**Capítulo 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**” são apresentados os resultados após análise preliminar, assim como a síntese, interpretação e apreciação crítica dos resultados obtidos, estabelecendo possíveis relações.

Finalmente, no “**Capítulo 6. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS DE TRABALHO FUTURO**” são apresentadas as principais conclusões resultantes da investigação e recomendações que poderão contribuir para possíveis estudos sobre o tema em apreço.

## **Capítulo 2. REVISÃO DA LITERATURA**

A revisão bibliográfica traça um referencial, condensando a informação conceptual acerca da temática em estudo. De forma sintética apresentam-se e clarificam-se os principais conceitos que emergem da literatura, permitindo contextualizar cientificamente esta dissertação que se assume como exploratória na sua essência.

### **2.1 Enquadramento Conceptual**

#### **2.1.1 Sistema de Saúde Português**

Em Portugal os primeiros hospitais surgem no séc. XVIII, assim como as misericórdias, inseridos num sistema de saúde muito fragmentado. Eram geridos por membros do clero e vocacionados principalmente para os mais desfavorecidos. A prestação de cuidados de saúde e assistência médica era então de índole privada, estando a cargo das mulheres, que por não trabalharem fora de casa, responsabilizavam-se pelos doentes, crianças e idosos da família (Portal da Saúde, 2010).

No início do séc. XX, foi desenvolvida uma rede de funcionários para a área da saúde, criando-se em simultâneo maternidades, serviços médicos para crianças e programas nacionais de combate à tuberculose, lepra e doenças mentais. Surgem em 1971, com a “reforma de Gonçalves Ferreira” os centros de saúde “de primeira geração”, e assim, os cuidados de saúde foram-se estendendo progressivamente aos trabalhadores e famílias, financiados através de contribuições obrigatórias de empregados e empregadores (Portal da Saúde, 2010 e *World Health Organization*, 2004).

Este sistema manteve-se até à revolução de Abril e em 1979 surgia com António Arnaut o Serviço Nacional de Saúde - Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (Portal da Saúde, 2010), financiado pelos impostos. Instituiu o direito universal a cuidados de saúde tendencialmente gratuitos, independentemente da capacidade contributiva dos cidadãos (Rede de Investigadores do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003). Com as despesas socializadas, o Estado português garantia a toda a população o direito aos cuidados de saúde, qualquer que fosse a situação económica e/ou geográfica.

Entre 1985 e 1995 dá-se a regionalização do SNS (Portal da Saúde, 2010) e com a aprovação da lei de bases da saúde, criam-se unidades de saúde integradas.

Com o evoluir do sistema de saúde e dos cuidados de saúde praticados no país, houve uma evolução ao nível dos indicadores de saúde dos portugueses, como por exemplo, a mortalidade infantil, que atualmente está ao nível dos países mais evoluídos. O sector da saúde, tanto em Portugal, como em geral no contexto económico europeu, cresceu rapidamente, relacionando-se com o aumento da esperança média de vida dos cidadãos e conseqüente envelhecimento da população, aumento das exigências dos mesmos, em consequência do aumento da sua literacia, aumento da mobilidade dos cidadãos, utentes e profissionais de saúde. Contudo, atualmente existe a possibilidade de insustentabilidade e concomitante falência de vários sistemas nacionais de saúde públicos (nomeadamente do SNS) de vários países europeus, devido ao aumento das despesas governamentais com este sector (Rocha, 2007).

Assim, consciente destas mudanças, o SNS mantém-se mutável, com vista à consolidação da sua sustentabilidade, com cada vez mais alterações principalmente ao nível das políticas de gestão das unidades de saúde que nele estão inseridas (Rede de Investigadores do OPSS, 2003). Ainda que no passado as unidades de saúde integrantes do SNS, fossem alheias aos seus problemas de gestão, hoje existe maior exigência e pressão na otimização dos processos de atividade, fruto de maior informação e relevância dos indicadores de gestão. Passou a existir a responsabilização das unidades de saúde, tendo em conta os seus resultados (Lapão, 2005).

“As unidades de saúde, como qualquer organização, necessitam de ser geridas tendo por base uma estratégia, e não apenas a mera administração diária dos seus recursos. Para tal é crucial desenvolver um enquadramento estratégico nestas organizações considerando prioridades de distribuição dos recursos disponíveis.” (Lapão, 2005: 16)

Integrante do sistema de saúde português, além do SNS, existe também a vertente do sector privado, que assume um papel complementar.

Cardoso *et al.* (2007a: 4) fazendo referência a Simões (2004: 73), salienta que “as unidades públicas não constituem as únicas entidades prestadoras de cuidados, pois sempre existiu um importante sector privado que vende serviços aos cidadãos e ao próprio SNS”.

O SNS assegura sobretudo os cuidados primários e hospitalares, enquanto a medicina por especialidades, é mais praticada nos “privados” (Béresniak e Duru, 1999).

A partir de 2002, com a aprovação de um novo regime de gestão hospitalar admitindo modelos de gestão do tipo empresarial, transformaram-se estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares, em Entidades Públicas Empresariais

(EPE) (Portal da Saúde, 2010). Foi assim alterada a rede de prestação de cuidados de saúde, passando o Sistema Nacional de Saúde a integrar vários modelos de hospitais: integrantes do SNS (Hospitais EPE; Hospitais do sector público administrativo; Hospitais Sociedades Anónimas), Clínicas e Hospitais Privados e Parcerias Público-Privado (PPP) (Lameirão, 2007).

As unidades de saúde passam a ser equiparadas a empresas organizadas. Surgem novos desafios: controlo de custos, melhoria da eficiência, qualidade dos serviços e otimização da gestão, nomeadamente a gestão da informação. Começou a existir maior envolvimento por parte das organizações de saúde e organizações de profissionais de saúde no desenvolvimento de SI abrangentes, que facilitem a utilização racional da informação (Cunha, 2008). Lapão (2005) salienta que na saúde, sem informação não é possível fazer gestão, tendo os SI uma importância fulcral neste âmbito.

### **2.1.2 Informação: O Cerne da Questão**

Vive-se na sociedade da informação. Segundo Varajão (2005: 45) pode definir-se informação como:

“Um conjunto de dados colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu recetor, ficando este mais habilitado para decidir ou desenvolver determinada atividade”.

Zorrinho (1995: 15) por seu lado acrescenta que pode definir-se informação como “um instrumento de compreensão do mundo e de ação sobre ele”.

A informação estrutura o conhecimento, promovendo o sucesso (Sousa, 2006). O conhecimento, sendo uma crença justificadamente verdadeira, por seu lado é formado por experiências, valores e criatividade aplicada à experiência. É a interpretação dos dados em informação, já anteriormente referido, da mesma forma que o conhecimento é interpretado em sabedoria e competência (Serrano e Fialho, 2003).

As teorias da gestão e da administração cada vez mais defendem que a informação e a gestão se complementam, promovendo a missão das organizações (Pereira, F.M. 2009). É um meta-recurso que coordena a mobilização dos outros meios de forma a permitir o desempenho da organização e é através da informação que as organizações se interligam com o seu ambiente, necessidades, condicionantes e pressões de forma a posicionarem-se para competir, adquirir conhecimento útil ao seu

funcionamento e a reter dados significativos da sua experiência (Pereira, F.M. 2009 e Zorrinho, 1995). Desta forma, no contexto organizacional, a informação é um recurso estratégico, uma vez que influencia a tomada de decisão e a qualidade da mesma (Mota, 2010 e Simões e Simões, 2007).

Na área da saúde, a informação deve funcionar como “fluido vital” alimentando a gestão dos serviços hospitalares permitindo-lhes melhorar continuamente o funcionamento dos mesmos: atividade, eficiência, qualidade e oportunidade dos cuidados (Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde, 1998). Assim, é importante a fiabilidade e atualização constante dessa informação. Pereira, F.M. (2009: 55) salienta a posição da Direcção Geral da Saúde (2002):

“Nunca como agora a necessidade de informação adequada à prestação de serviços foi tão prementemente sentida. A forma como essa informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde”.

É pertinente compreender dentro da organização, o circuito da informação produzida pelas unidades de saúde, de forma a potenciar as mesmas. O desenvolver de SI, tendo como ferramentas as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), serve esta necessidade tanto ao nível estratégico, como ao nível da gestão.

### **2.1.3 Sistemas de Informação**

Existem diversas teorias científicas e filosóficas para explicar empiricamente a palavra “sistema”. Para Oliveira (2004: 68), define-se sistema como:

“Um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função”.

Numa outra perspetiva, um SI, pode ser entendido como:

“Um conjunto de meios humanos e técnicos, dados e procedimentos, articulados entre si, com a finalidade de fornecer informação útil para a gestão das atividades da organização” (Sousa, 2006: 43).

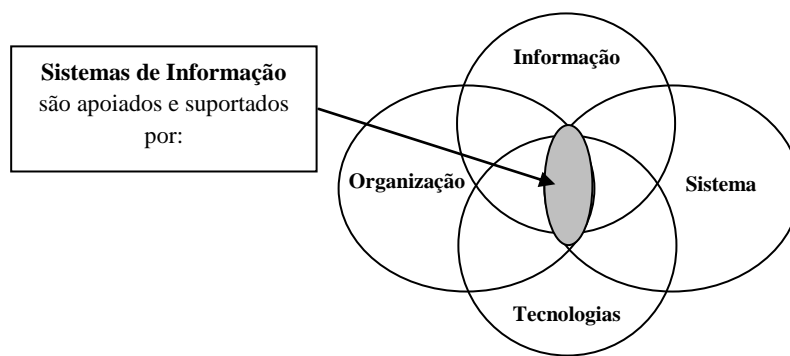
Os SI surgem como reflexo do crescente aumento do volume de dados e informação das organizações e da sociedade em geral. Com o emergir das TIC, os SI já não se conseguem separar da informática, podendo ser classificados quanto à sua constituição como: físicos (reportando-se aos equipamentos e objetos - *hardware*), ou

abstratos (ideias e hipóteses - *software*) ou ainda, quanto à sua natureza: abertos e fechados, dependendo se apresentam, ou não, intercâmbio com o ambiente envolvente (Benito e Licheski, 2009).

Desempenham um papel importante na disponibilização e gestão de conhecimento à entidade ou organização que suportam. Visam a recolha, processamento, armazenamento, representação e difusão de informações que se referem à comunicação, ao ambiente externo e às atividades internas da organização (Cândido, 2011). Devem neutralizar ou diminuir as restrições impostas pela existência de fronteiras, proporcionando os mecanismos possíveis para suportarem o fluxo de dados e informação, agregando os esforços dos vários componentes da organização (subsistemas), inclusive no relacionamento com o ambiente externo, assim como devem suportar as necessidades de informação de todos os níveis de decisão da entidade ou organização, tendo em consideração os vários tipos e necessidades específicas de informação, tanto quanto à finalidade como quanto ao tipo de tecnologias utilizadas e quanto ao nível dos processos ou natureza das pessoas que envolvem (Varajão, 2005 e Gouveia e Ranito, 2004).

Quando integrados nas organizações, os SI são indissociáveis. O conhecimento da realidade da organização é um pré-requisito para a estruturação de SI, assim como para compreender o papel que a informação e os SI desempenham no presente, como também o papel que se espera que venham a desempenhar no futuro, de maneira a que sejam concebidos sistemas realmente válidos (Sousa, 2006). É fundamental a compreensão das diferentes dimensões da organização, os seus desafios e complexidade, de maneira a que se consiga utilizar as novas tecnologias como suporte do seu SI, entendido como um conjunto de meios e procedimentos cuja finalidade é assegurar informação útil necessária aos vários níveis da organização e da sua envolvente externa (Varajão, 2005).

**Figura 2.1** O Conceito Envolvente dos SI



Fonte: Adaptado de Cardoso (2010:12)

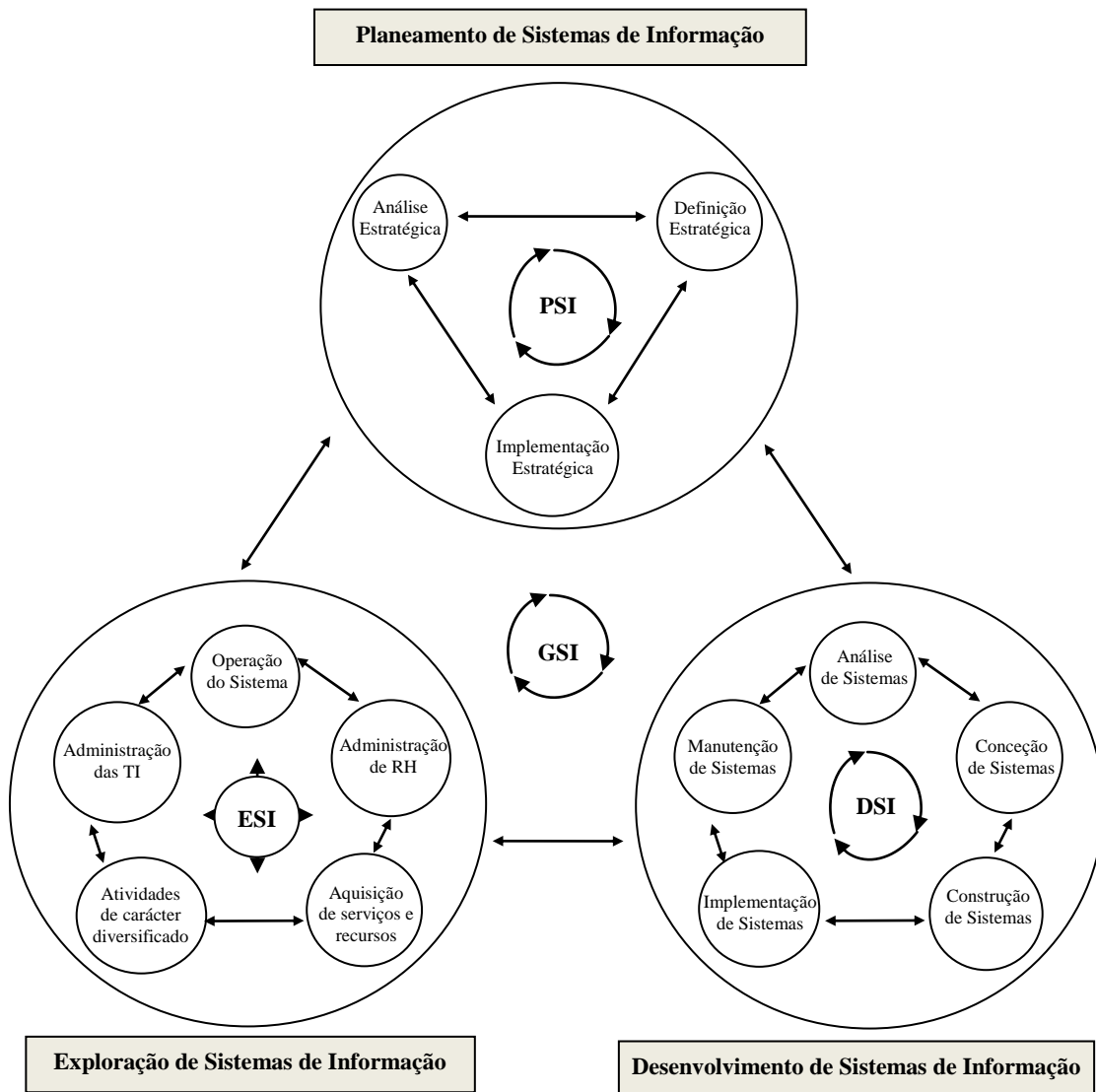
A implementação de um novo SI numa organização provoca mudanças nos locais de trabalho. A mudança deve ser vista como uma oportunidade para repensar e redefinir os processos de trabalho, de forma a retirar vantagens das novas capacidades de gestão da informação, reduzindo os custos, aumentando a produtividade e melhorando os níveis do serviço/unidade. Estão também contempladas motivações financeiras e administrativas, direcionadas para a identificação das necessidades de mudança, redução dos custos e documentação dos cuidados de saúde (Mota, 2010 e Silva, 2006).

Os computadores, com o emergir das TIC, nas componentes *hardware*, *software* e *redes*, são considerados como ferramentas essenciais a qualquer SI de qualquer entidade ou organização, tratando modelos de análise de planeamento, de controlo e de decisão (Gouveia e Ranito, 2004).

Integradas em qualquer computador, as bases de dados são uma componente do SI especialmente vocacionada para o armazenamento de informação. São independentes de outras aplicações informáticas, não são redundantes e oferecem segurança e acesso em tempo real (Varajão, 2005). As bases de dados são assim as “guardiãs do conhecimento da organização”.

Relativamente à arquitetura de SI, é possível identificar um conjunto de atividades e objetos de gestão globais comuns a qualquer organização (Figura 2.2), sendo uma construção que contribui para a identificação e descrição dos seus elementos essenciais (Varajão, 2005).

**Figura 2.2** Atividades da Função de Sistemas de Informação



Fonte: Adaptado de Varajão (2005:135)

O Planeamento de Sistemas de Informação (PSI) tem como atividades: a Análise Estratégica, cuja finalidade é perceber a situação atual da organização e do seu SI; a Definição Estratégica, que através da visão da organização, identifica estratégias para alcançá-la; e a Implementação Estratégica, que consiste em planejar, supervisionar e rever a estratégia. Por sua vez, a fase de Desenvolvimento de Sistemas de Informação (DSI), comporta: a Análise de Sistemas, que identifica os requisitos do sistema; a Conceção de Sistemas, que tem como finalidade especificar detalhadamente o sistema a construir; a Construção de Sistemas, responsável pela produção e teste do sistema especificado; a Implementação de Sistemas, que trata a instalação do novo sistema; e a Manutenção de Sistemas, que tem a finalidade de assegurar que o sistema acompanha a

mudança de requisitos. No que toca às atividades da Exploração de Sistemas de Informação (ESI), podemos referir: a Operação de Sistemas, cujo objetivo é assegurar o bom funcionamento do sistema; a Administração das TI, que assegura o bom funcionamento destas; a Administração de Recursos Humanos (RH), que tem como finalidade assegurar os RH necessários e adequados para o PSI, DSI e ESI; e os projetos especiais, cuja resolução de problemas ou exploração de oportunidades pontuais de SI/TI é a sua função (Correia, 2011).

Os SI são assim os gestores da informação dentro de uma organização.

## **2.2 Tecnologias de Informação como Suporte à Gestão do Conhecimento em Ambiente Hospitalar**

### **2.2.1 Tecnologias da Informação e Comunicação**

Atualmente vive-se numa sociedade moderna, dinâmica e altamente dependente de tecnologia. A tecnologia é um reflexo da ciência e acompanha a evolução histórica da humanidade, surgindo cada vez mais abrangente e necessária em diversas áreas do conhecimento. Esta aumenta a eficiência da atividade humana nas mais variadas dimensões e para isso produz objetos, aperfeiçoando-os, não só produzindo ferramentas físicas, como também organizando e sistematizando as atividades humanas.

Para Oliveira (2004) e Loureiro (2003), tecnologia é sinónimo de conhecimento prático, através do qual certas atividades organizacionais denominadas *inputs* são convertidas em *outputs*, resumindo-se o conhecimento tecnológico em três configurações: máquinas, procedimentos codificados e rotinas. Contudo, a mediação humana é indispensável.

Com o forte movimento tecnológico, de importância central, surge a necessidade, por parte das organizações, de maximizar o “poder da informação” procurando maior qualidade, produtividade, rapidez e rentabilidade. As TI constituem-se assim neste contexto, como o conjunto de conhecimentos que se manifestam em equipamentos e programas para utilização pessoal e/ou organizacional (Sousa, 1997). Estas (TI), são definidas por Carr (2004: xii) como “*all the technology, both hardware and software, used to store, process, and transport information in digital form*”.

As TI representam altos volumes de negócio, modernizam e melhoram a eficácia das empresas e organizações, assumindo-se como forças motoras da criação de atividades económicas (Junqueiro, 2002). Dentro das diversas ferramentas que

coexistem neste domínio, o computador é o elemento que mais se destaca, e surge como sucessor ao ábaco (em 3000 a.C.); “Ossos de Napier” (em 1617); Máquinas de Pascal (em 1642), Leibnitz (em 1694), Babbage (em 1833) e Hollerith (no ano de 1890). Desde o período 1939-1951 até aos dias de hoje várias gerações de computadores foram surgindo, baseando-se atualmente em *hardware* sofisticado associado a programas e linguagens de programação, que através da transformação de qualquer dado em código binário, permitem análises de alta complexidade e precisão através de redes entre computadores (Sousa, 1997).

Segundo Cardoso (2010) e Nunes (1994), a internet, que disseminou o acesso à informação, assim como a indústria dos computadores e a engenharia das telecomunicações complementam-se, tornando-se poderosas quando associadas entre si: TIC. Esta ligação fornece os recursos disponibilizados pelos computadores e a informação contida em bancos de dados a inúmeros utilizadores espacialmente dispersos, oferecendo inúmeras formas de conexão entre estes. De acordo com Giddens (2008: 456):

“Vivemos numa era marcada pela interconexão, na qual as pessoas de todo o mundo participam numa única ordem de informação, o que decorre, em grande parte, do âmbito internacional das comunicações modernas”.

No âmbito da saúde, e inseridas no atual contexto nacional, as TIC são vislumbradas como uma forma de oferecer “melhor saúde”, através de novos modelos organizativos e/ou de gestão, modernização e desenvolvimento de serviços e melhoria da qualidade assistencial aos cidadãos e utentes (Cardoso *et al.*, 2007a).

“O mundo da saúde, intensivo no recurso à informação, tem nas TIC a função catalisadora e modificadora dos processos: ao facultarem informação integrada e fiável aos profissionais, e apoiando as decisões de gestores e entidades reguladoras, permitem criar saúde e bem-estar nos utentes.” (Cardoso *et al.*, 2007a: 9, fazendo referência a Katz, Rice e Acord, 2006: 175)

Na área da saúde, as TIC e a informática propriamente dita, foram introduzidas em meados de 1950, inicialmente direcionadas para auxílio no processamento de dados numéricos (realização de análises clínicas, estatísticas, controlo de material) rapidamente se propagou para vários ramos, chegando aos SI na década de 60, que segundo Sousa (2006: 46) “tinham um objetivo essencialmente financeiro, de capturar cada unidade de atividade para fazer a cobrança”, contudo, nos dias que correm, apesar de muito disseminado, o uso das TIC na área de saúde está entre dez a quinze anos atrás

de outros sectores, como bancos, indústria e aviação (Rocha, 2010; Pinto, 2009 e Cunha, 2008).

A opinião dos enfermeiros portugueses sobre as TIC, é apresentado por Cardoso *et al.* (2007b), num estudo de 2006 intitulado “Profissionais de saúde e as TIC”, em que relativamente à afirmação “atualmente as TIC possuem uma importância acrescida na tomada de decisões clínicas do que em relação há dez anos atrás”, cerca de 59 % dos enfermeiros inquiridos concordam totalmente e 36,3 % concordam em parte. Quanto à afirmação de que “a utilização das TIC facilita a implementação e integração de novas estratégias na saúde” encontra concordância total por 64,4 % e 32,9 % dos enfermeiros concordam em parte. Igualmente, a maior parte dos enfermeiros concorda também totalmente (62,1 %) com a afirmação de que “a minha prática clínica diz-me que é tão importante inovar nas questões organizacionais dos serviços e instituições como investir em novas práticas através do uso das TIC”.

As TIC fornecem aos profissionais de saúde muitas ferramentas diversas, mas isto também se verifica com os utentes e/ou pessoas em situação de doença, uma vez que permitem que estes obtenham mais informação sobre a sua situação. Segundo o artigo “*European citizens’ use of E-health services: A study of seven countries*”, no qual se realizaram entrevistas por telefone (com população da Noruega, Dinamarca, Alemanha, Grécia, Polónia, Portugal e Letónia), aponta-se que 44 % de toda a amostra e 71 % dos utilizadores de Internet, usaram a Internet para propósitos relacionados com a saúde (Andreassen, 2007, citado por Cardoso *et al.*, 2007b).

No Inquérito “Sociedade em Rede em Portugal – 2006”, verificou-se por sua vez que 1/5 da população com mais de 15 anos que faz uso da Internet, a utiliza para procurar informação médica/de saúde (Cardoso *et al.*, 2007b).

Com o maior acesso à informação oferecido pelas TIC, a relação de confiança entre utente e profissional de saúde deixou de residir numa atitude subserviente por parte do utente: “*Blind trust is being replaced by informed trust*” (Cardoso *et al.*, 2007b: 7, citando Akerkar, 2004).

Cada vez mais as TIC surpreendem nos mercados. Há uma evolução crescente, tanto a nível de *hardware* como de *software*, é importante e interessante usar as TIC, fazendo delas o recurso-chave para a prestação de cuidados de saúde de qualidade a todos os utentes.

### **2.2.2 Sistemas de Informação em Saúde no Âmbito Hospitalar**

O hospital constitui uma infraestrutura física, composta por RH, materiais e financeiros e que presta serviços de saúde. Como tal é um grande gerador de dados e informação constituinte dos diversos SI da organização.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no geral, são um mecanismo de recolha, processamento, análise e transmissão de informação necessária para se organizar e operar os serviços de saúde (Benito e Licheski, 2009). De acordo com Espanha e Fonseca (2010), gerem a saúde do utente na prevenção, diagnóstico, tratamento e monitorização, sendo manipulados pelas autoridades e profissionais de saúde. Tanto podem estar direcionados para a prestação de cuidados como para a gestão/administração, tanto em unidades de saúde públicas, como privadas. Segundo o Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde (1998), os SIS devem constituir uma base de identificação e acompanhamento das modificações do estado de saúde das populações e suas condicionantes, criando o suporte técnico ao planeamento e à avaliação dos cuidados.

Os SI, enquanto instrumentos de trabalho na saúde, nomeadamente nos hospitais, são importantes recursos computacionais de apoio às ações administrativo-burocráticas fornecendo conhecimentos técnico-científicos, e informações atualizadas. São capazes de estruturar, operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desempenho do departamento/serviço/unidade. A utilização dos sistemas de informação no processo de tomada de decisão aumenta a eficiência dos serviços prestados.

Por outro lado, a continuidade dos cuidados de saúde prestados aos utentes apresenta-se como um dos principais objetivos dos SIS, tal implica que no desenho destes se garantam os requisitos (estruturais e de conteúdo) centrados na informação relevante para efeitos da coordenação entre os vários profissionais envolvidos na assistência ao utente (Ordem dos Enfermeiros, 2007a).

Segundo Cunha (2008), as organizações de saúde, dada a expansão tecnológica que se verifica, não podem prescindir do uso da informática na organização dos SIS, cujos benefícios são a não duplicação de registos, facilidade de acesso à informação e melhorias no processo de tomada de decisão.

Pinto (2009) defende que a informatização é a chave para o suporte de processos no ambiente da saúde.

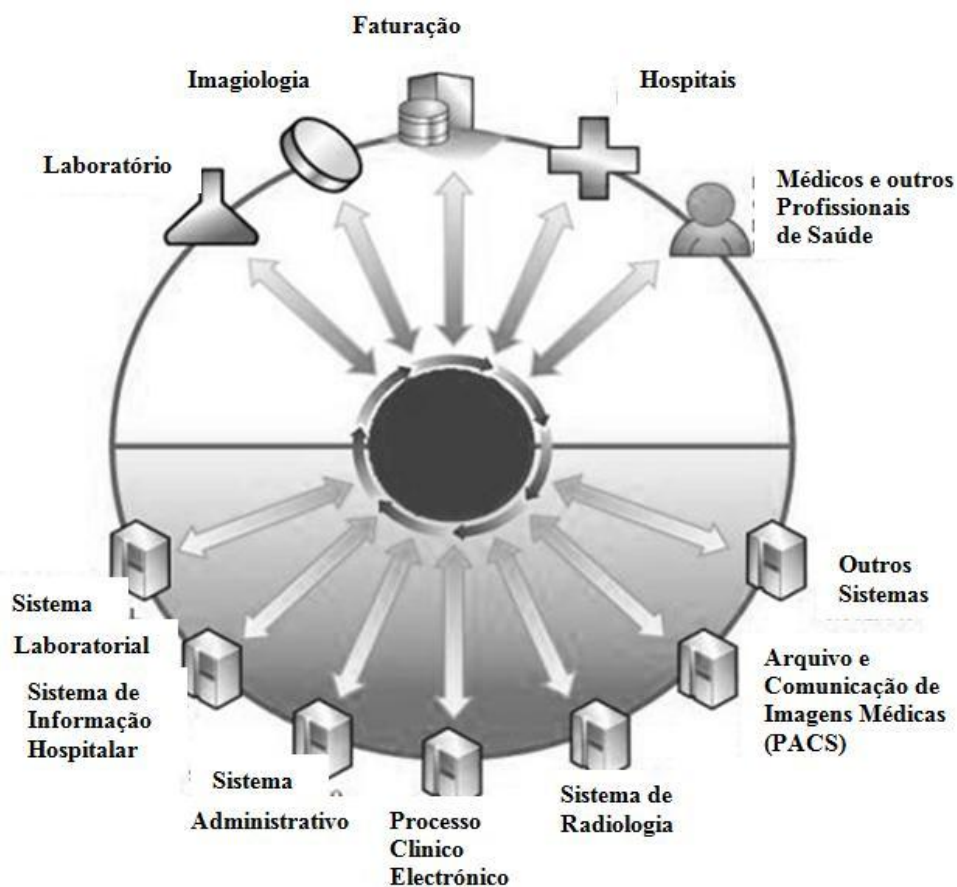
“É como extrair ordem do caos tirando o proveito máximo da nossa imaginação e dos nossos talentos. Vamos, por exemplo, a um hospital, e vemos duplicações de trabalhos, erros humanos, desperdícios de tempo que pode custar vidas, diagnósticos honestos, mas incorretos, que uma máquina pode corrigir numa questão de segundos, médicos cheios de trabalho a consultar fichas quando podiam estar a aliviar sofrimento (...) e, num instante, instalamos um sistema e temos o prazer de ver tudo encaixar no seu lugar, tudo funcionar, e sabemos que foi obra nossa. (...) Pelo mais simples dos métodos, libertamos pobres escriturários atormentados de milhares de horas de enfado. (...) torna a humanidade mais humana (...)” (Araújo, 2007: iii, citando Shaw, 1981).

A maior dificuldade observada na aplicação dos SIS informatizados é a aceitação dos profissionais aos recursos computacionais, devido principalmente a: falta de informação quanto ao verdadeiro objetivo dos sistemas de informação, ausência de treino adequado para a equipa de saúde, falta de motivação. Contudo, *e.g.*, no caso da enfermagem, os enfermeiros “mais jovens” por utilizarem mais e melhor as novas tecnologias, produzem um efeito de “contaminação” progressiva dos restantes colegas “menos jovens”, refletindo o grande interesse desta classe de profissionais de saúde na visibilidade, mensuração e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (Malato, 2011).

Os SI hospitalares refletem os vários departamentos dentro da organização *e.g.*: serviços administrativos (gestão, serviços financeiros e de pessoal); serviços de gestão de informação (arquivo, estatísticas, comunicações); serviço de logística (cozinha, lavandaria, manutenção); serviços clínicos (consultas, urgências, serviços médicos/enfermagem/cirúrgicos); serviços de apoio (bioquímica, hematologia, bacteriologia, imunologia, radiologia) e serviço de farmácia.

Um dos grandes desafios neste âmbito é a “comunicação” e a integração de informação entre estes sistemas, pois atualmente ainda existem *gaps* ao nível desta interligação, existindo SI hospitalares isolados e sem conexão, desenvolvidos por diferentes entidades, causando redundância de dados e falta de integridade (Sousa, 2006 e Stumpf e Freitas, 1997).

Figura 2.3 Exemplos de SI Hospitalares



Fonte: Adaptado de Pereira, S.N. (2009:19)

A informática (nomeadamente os computadores) começou a ser utilizada na área médica/hospitalar no início da década de 50 (essencialmente para funções administrativas e pesquisa biomédica).

Nos anos 60, com os computadores de grande porte iniciou-se o processamento de informação dos grandes hospitais, utilizando um computador central – centro de processamento de dados, com diversos terminais associados, contudo não eram flexíveis e traziam vários impedimentos técnicos e económicos. Posteriormente começam a ser desenvolvidos sistemas modulares flexíveis que permitiam a interface de comunicação com o usuário através da partilha de dados entre os diferentes módulos instalados, tendo como base a comunicação em rede. Permitia que os hospitais pudessem adaptar módulos consoante as necessidades específicas de cada serviço/unidade, sendo introduzido nos anos 70 e 80 o conceito de processamento distribuído. Os primeiros SI hospitalares eram orientados para os informáticos e não para as necessidades dos utilizadores, existindo muita resistência por parte dos profissionais de saúde,

nomeadamente médicos e enfermeiros, contra os sistemas desenvolvidos nessa época. A década de 90 trouxe a possibilidade de interligação e de comunicação plena entre todos os recursos computacionais dispersos geograficamente, criando as grandes redes e tornando banal o acesso remoto, desenvolvendo-se condições de conhecimento e de tecnologia que permitiram as aplicações hospitalares atuais (Pinto, 2009 e Stumpf e Freitas, 1997).

Em Portugal, os SI no SNS adquirem maior relevo na década de 90, principalmente com a implementação do SONHO (Sistema Integrado de Informação Hospitalar) e do SINUS (Sistema de Informação para as Unidades de Saúde), assim como a introdução da obrigatoriedade do uso do cartão de utente do SNS em 2000. Estas implementações ficaram a cargo do IGIF, serviço do Ministério da Saúde responsável pelos SI e pela gestão dos recursos financeiros do SNS, que foi entretanto extinto em 2006 e substituído pela ACSS (Cardoso *et al.*, 2007a).

O SONHO baseia-se na filosofia de um utente/um número de identificação, para evitar duplicação de informação e desperdício de tarefas duplicadas, contribuindo assim para um potencial aumento de produtividade. Desta forma, Almeida (2011) refere que os dados de identificação são armazenados, apenas, num único módulo de identificação, podendo ser acedidos e inseridos a partir de outros módulos ou terminais. O sistema é flexível, permitindo um crescimento modular de acordo com as necessidades e capacidades de cada hospital, e permitindo a instalação e implementação de um, vários ou todos os sub-sistemas/módulos de forma independente: Módulo de Identificação; Módulo de Urgência; Módulo de Internamento; Módulo de Consulta Externa; Módulo de Bloco Operatório; Módulo de Laboratório; Módulo de Radiologia; Módulo de Faturação; Módulo de Arquivo; Módulo de Estatística; e Módulo de Hospital de Dia.

Estas aplicações eletrónicas informatizadas (SONHO e SINUS) permitiam a gestão de altas e utentes, respetivamente nos Hospitais e Centros de Saúde, e ainda hoje, apesar de consideradas por muitos como “obsoletas”, encontram-se em funcionamento em quase todas as unidades de saúde do SNS.

Também em contexto nacional, direcionados para os profissionais de saúde, surgiu o Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e o SAPE no ano 2002, também “pela mão” do IGIF como ferramenta de suporte aos cuidados de saúde e como forma de

apoio à documentação eletrónica destes grupos de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros (Cardoso *et al.*, 2007a).

Em 2006, o Ministério da Saúde, já através da ACSS desenvolve a Rede de Informação da Saúde (RIS), rede de carácter interno – intranet, para estabelecer as ligações intra e inter diversas organizações de saúde, que utilizam programas similares, de forma a permitir a troca e partilha de informação clínica e administrativa (Cardoso, 2010). Atualmente perspectiva-se a criação do Registo de Saúde Eletrónico (RSE), que Campos (2010) define como:

“Serviço informático que reúne a informação de saúde essencial de cada cidadão, ao longo do seu ciclo vital, tornando-a permanentemente acessível de forma segura, de forma a apoiar a continuidade dos cuidados, a formação e a investigação”.

Já em 2012, surge a Plataforma de Dados da Saúde (PDS), plataforma informática, que disponibiliza um sistema central de registo e partilha de informação clínica de acordo com os requisitos da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

“A PDS é um mecanismo de acesso a informação dos utentes que permite mostrar os dados aos profissionais de saúde em diversos pontos do SNS (hospitais, urgências, cuidados primários) sem os deslocar do local seguro onde agora estão guardados (...) a PDS permitirá a um médico ou enfermeiro do hospital aceder a alguns dados do Centro de Saúde sem os poder modificar ou danificar. O seu acesso é restrito e auditado, sendo que cada vez que um profissional vê os seus dados esse facto fica registado num histórico de acessos.” (Direção-Geral da Saúde, 2012)

É assim, através da PDS, facilitada a partilha de informação do utente entre os profissionais de saúde, independentemente do local onde esta foi registada. A plataforma integra o Portal do Utente e o Portal do Profissional. No futuro o Portal do Profissional irá disponibilizar o “Resumo Clínico do Utente” e a *Timeline* (que inclui informação específica sobre cada episódio registado no portal).

Em concordância com Almeida (2011) e Cardoso *et al.* (2007a), ainda que em Portugal se verifique uma preocupação e investimento por parte dos governantes na aplicação das TIC nos serviços de saúde, verifica-se um desenvolvimento díspar entre unidades de saúde, quando comparadas a este nível, assim como sérias lacunas ao nível da “comunicação” entre SI. Também é consensual que os SI desenvolvidos estão tecnologicamente dispersos e desatualizados, pela ausência de serviços e RH suficientes e devidamente qualificados para manter a atualização das aplicações informáticas

(Cunha, 2008). Por outro lado, Sousa (2006) descreve os SI das organizações de saúde inseridas no SNS como “um conjunto de ilhas”, adquiridos sem que existisse uma política de integração de sistemas, condicionando a eficiência no tratamento da informação daí resultante, salientando a importância da criação de “pontes” de comunicação entre os SI hospitalar, devendo ser estabelecidas diretrizes objetivas e indicadores que evidenciem as prioridades.

### **2.2.3 Registo Clínico Eletrónico – Segurança e Proteção de Dados**

Segundo Araújo (2007), o registo clínico eletrónico constitui um conjunto de informação estruturada e codificada que contém dados relacionados com a saúde e a doença de um utente: história clínica, diagnósticos, tratamentos efetuados, prescrições de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, diário de consulta ou internamento, cirurgias, entre outros. Estes registos são feitos por administrativos, médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Os registos clínicos do utente – informação, dentro das organizações de saúde, são a ferramenta mais importante da comunicação, continuidade e coordenação dos cuidados de saúde. Desta forma a continuidade dos cuidados depende da quantidade e qualidade da informação, que quando organizada num SI informatizado, poderá melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Mota, 2010). O Registo Clínico eletrónico e/ou informatizado, dentro deste contexto traz múltiplas vantagens, nomeadamente:

“Acessibilidade, facilitando a continuidade de cuidados por diversos profissionais em diferentes instituições, conquanto exista interoperabilidade entre os sistemas; Legibilidade, evitando caligrafias difíceis de decifrar e reduzindo a margem de erro de interpretação por parte dos diversos agentes intervenientes; Responsabilidade, por melhor controlo do exercício de cada profissional interveniente nos cuidados de saúde e dos registos por si efetuados; Abordagem multidisciplinar mais fácil por parte dos diversos profissionais de saúde e especialidades intervenientes; Melhoria global da prestação de cuidados, graças ao apoio à decisão, com acesso integrado a dados (normas de orientação clínica, guias de emergência, boletins de doenças raras e outras, contra-indicações ou interações medicamentosas, fontes bibliográficas, prontuários terapêuticos, preços e custos, listas de exames e testes disponíveis, centros de referência ou outros serviços especializados, localização de prestadores de cuidados clínicos e laboratoriais); Controlo estatístico, com importância para a informação de natureza científica e social, nomeadamente epidemiológica e de saúde pública; - Seguimento de gastos e deteção de desvios; Redução de custos, ao evitar exames repetidos ou desnecessários, medidas e intervenções não indicadas ou mesmo contra-indicadas e as suas complicações, bem como a impressão em papel ou películas dos seus resultados; Clarificação dos

procedimentos do registo e da manutenção dos dados informatizados; Segurança da informação, em muitos aspetos maior do que a dos registos em papel, incluindo quanto à sua perda, desde que tomadas medidas de segurança disponíveis e atualizadas; Antecipação na prevenção ou deteção de erros, e respetiva sinalização” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2011: 4).

A adoção de SIS informatizados e do registo clínico em suporte eletrónico, constitui um dos progressos tecnológicos mais importantes ao nível da prestação de cuidados. Contudo, traz consigo ameaças à segurança da informação.

Os principais riscos na quebra da segurança recaem sobre a: Confidencialidade (a fácil acessibilidade constitui uma ameaça à privacidade daqueles cujos dados estão informatizados); Integridade (o risco de erros nos dados e no software deve ser mantido dentro de limites aceitáveis, deve ser considerada a proteção contra a perda ou corrupção dos mesmos); e Disponibilidade (as instituições de saúde dependem cada vez mais, do correto funcionamento dos seus SI, o que implica a necessidade de diminuir a probabilidade de interrupções nos serviços). A Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), tem como função controlar o processamento de dados pessoais, em rigoroso respeito pelos direitos do Homem e pela liberdade e garantias consagradas na lei e na Constituição da República (Cunha, 2008). “A Constituição da República de 1976 - artigo 35º, consagra a proteção de dados como um direito fundamental, numa sociedade em que a informática já tinha um peso visível”, tornando Portugal o país pioneiro neste âmbito, a nível mundial (Almeida, 2011; CNECV, 2011 e CNPD, 2005).

Alguns dos problemas de segurança são normalmente originados pelos próprios profissionais das organizações com autorização para acesso aos dados. Estas situações segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) devem ser denunciadas de modo a “proteger e defender a pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (OE, 2009a: artigo 79.º, alínea c). O enfermeiro, *e.g.*, como todo o profissional da área da saúde, está ética e legalmente, obrigado a manter escrupulosamente a confidencialidade das informações sobre o utente (Potter e Perry, 2006).

Desta forma, poder-se-á adequar medidas que contribuam para a proteção dos dados, tais como: controlo de acesso, criptografia, auditorias periódicas, criação de sistemas de apoio à introdução da informação, assinaturas digitais, *standards* e codificação. É muito importante pensar na segurança antes e durante a conceção dos

SIS, como uma funcionalidade e não como algo que impeça a sua utilização (Cunha, 2008).

A confidencialidade é estabelecida por níveis sequenciais de acesso à informação. Por exemplo, um funcionário administrativo não deve ter o mesmo nível de acesso aos dados do que um enfermeiro que se dedica ao tratamento direto do utente. Por outro lado, não se deve discutir o carácter documental dos suportes digitais, visto que o processo clínico eletrónico constitui um documento real como o papel (Almeida, 2011).

Enfermeiros, outros profissionais de saúde e estudantes podem ter necessidade de recorrer a registos para recolha de dados, investigação ou formação continua, tal é permitido se esses registos forem autorizados pela organização de saúde e usados de acordo com o estipulado (Potter e Perry, 2006).

“Os aspetos de segurança são essenciais e complementares aos sistemas de informação, devendo a sua conjugação ser feita em função das necessidades específicas da rede, do sistema de informação ou do ambiente de que se trata” (Araújo, 2007: 6).

## **2.2.4 Gestão da Informação Hospitalar**

A informação possui, na verdade, um papel estratégico na gestão de uma organização de saúde, embora a sua importância tenha sido um dado recente, em muito desenvolvida com a evolução das TI. A implementação de um sistema de gestão da informação e de conhecimento consiste num processo que visa a utilização ótima do conhecimento (Pinto, 2009).

Um sistema de informação hospitalar deve ser único, integrado e cumulativo, devendo configurar a “coluna dorsal da organização”. O seu objetivo é disponibilizar aos profissionais da organização os dados e a informação necessários na execução do seu trabalho diário. Tal informação, necessária para o funcionamento diário da organização, pode ser dividida em: Informação Externa (informação procedente do exterior); Informação Interna (informação contida em documentos gerados pela instituição no exercício da sua atividade), que pode ser informação logística, que permite assegurar o funcionamento geral da instituição, a cargo dos arquivos administrativos, ou informação ligada à assistência ao utente que nasce em torno dos processos administrativos de gestão de utente e está contida em documentos clínico-administrativos relacionados com a assistência direta aos utentes (Almeida, 2011).

No que toca à gestão da informação e do conhecimento, as organizações de saúde recorrem cada vez mais às TIC promovendo a informatização dos cuidados (Pinto, 2009). Os sistemas de informação de apoio à gestão baseiam-se em indicadores de gestão que resultam da informação recolhida dos sistemas de informação (clínicos e administrativos) das unidades de saúde.

Os SI informatizados favorecem a gestão de qualquer unidade hospitalar, uma vez que os dados dos utentes ficam disponíveis e acessíveis em qualquer altura e para fins de pesquisa, formação, gestão de recursos e planeamento de cuidados (Haux, 2006).

Cardoso (2010), citando McGee (1993), refere a existência de seis etapas que apoiam o processo de gestão da informação. O primeiro passo será identificar as necessidades e requisitos de informação, a seguir parte-se para a definição do processo de pesquisa através de uma estrutura formal ou informal. Com a identificação do entidade-alvo, inicia-se a determinação da forma como a informação será classificada e guardada. Integrado no processo anterior, o passo seguinte é a definição dos tratamentos necessários da informação. Segue-se o desenvolvimento de produtos e serviços de informação e finalmente, a disseminação da informação, o desenvolvimento de processos eficazes no sentido de entregar as informações às entidades certas em tempo útil, utilizando SI que satisfaçam as necessidades da organização.

A gestão da informação reflete o SI de uma organização. Esta pode ser compreendida como estratégica, tática e operacional, tendo funções e atividades de planeamento, monitorização e gestão, podem sofrer influência de vários fatores: decisões de gestão; disposições legais e/ou utilizadores da organização (Almeida, 2011).

A gestão estratégica da informação está relacionada com a estratégia e objetivos da organização. As atividades de planeamento resultam na descrição do SI hospitalar (funções, arquitetura e organização), incluindo o direcionamento e estruturam projetos – portfólios estratégicos. Existe a conversão do plano de gestão da informação em ação, manipulando sistematicamente o SI. Por norma, a manipulação dos sistemas elaborada segundo portfólios estratégicos, relacionados com a construção, desenvolvimento e manutenção dos componentes do SI. A monitorização é a parte da gestão que avalia a qualidade do SI. A gestão tática da informação relaciona-se com funções e aplicações específicas da organização: introdução, remoção, alteração ou manutenção dos componentes do SI hospitalar. Quando existem problemas com a operacionalização,

deverão ser executados projetos de gestão tática da informação. O planeamento na gestão tática da informação reflete-se em projetos e recursos necessários à sua execução, a gestão corresponde à execução destes projetos e a monitorização, à supervisão dos mesmos, confirmando se estes são executados conforme os resultados esperados (Almeida, 2011).

A gestão operacional da informação trata a operacionalização dos componentes do SI hospitalar, de acordo com o plano de gestão estratégica da informação. A este nível, o planeamento associa-se à delineação de estruturas organizacionais, procedimentos e recursos (financeiros ou humanos) necessários para assegurar a operacionalização de todos os componentes do SI. A gestão associa-se ao ajustamento dos recursos do plano de gestão estratégica da informação de modo a assegurar a perfeição da operacionalização do SI. A monitorização resume-se à verificação do funcionamento efetivo dos componentes do SI hospitalar (Almeida, 2011).

A gestão hospitalar, no domínio da informação, deve implementar na organização uma arquitetura de informação em saúde integrada, que, como refere Sousa (2006: 55):

“Será importante criar um novo paradigma organizacional e de prestação de serviços, assente na agregação máxima de competências, na criação de valor para o setor e cativando os profissionais de saúde a tirar partido das novas tecnologias, utilizando-as como instrumentos úteis e rentáveis para o desenvolvimento das suas atividades”.

## **2.3 Partilha de Informação na Prestação de Cuidados de Enfermagem**

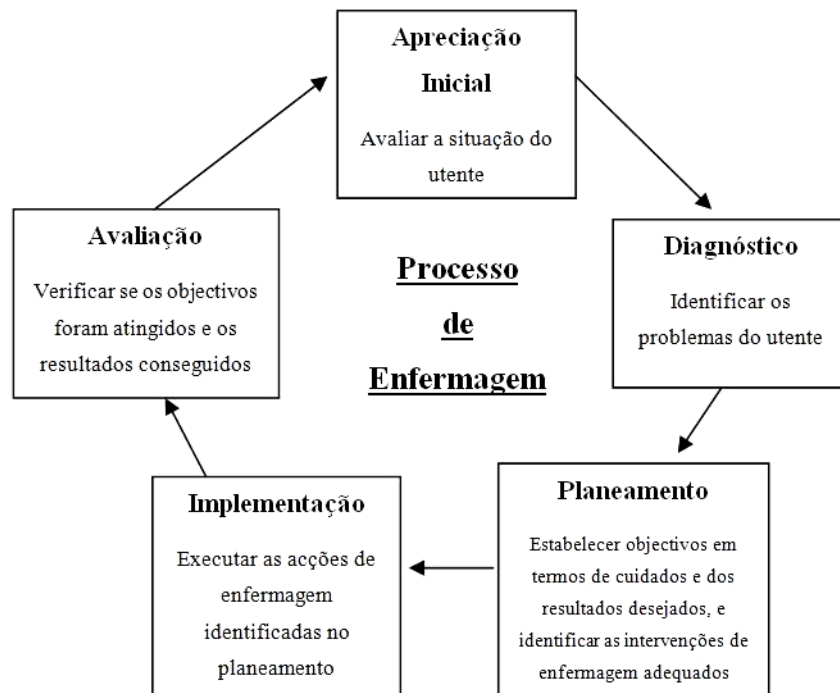
### **2.3.1 Processo de Enfermagem e Tomada de Decisão**

O Processo de Enfermagem (PE) constitui uma variante do raciocínio científico, baseada na técnica de resolução de problemas, que lhe permite organizar os cuidados aos seus utentes, distinguindo os enfermeiros de outros profissionais de saúde (Leal, 2006 e Potter e Perry, 2006). Constitui “a base de todas as ações de enfermagem” podendo considerar-se “a essência da enfermagem” (Doenges e Moorhose, 1999).

O PE constitui num percurso analítico com vista à satisfação das necessidades do utente, através da prestação de cuidados estruturados num “plano de cuidados”.

É constituído por cinco etapas consecutivas: apreciação inicial e recolha de dados; interpretação dos dados - diagnóstico; planificação das intervenções; execução da intervenção – implementação e avaliação (Adam, 1994).

**Figura 2.4** As Cinco Fases do Processo de Enfermagem



Fonte: Adaptado de Potter e Perry (2006:86)

Este tem um carácter cíclico. O PE só termina com a rutura definitiva da relação utente-enfermeiro (*e.g.* aquando da alta clínica).

Relativamente ao PE, Doenges e Moorhouse (1999: 17) salientam que:

“Este é flexível, ainda que suficientemente estruturado de modo a proporcionar o ponto de partida para as ações de enfermagem (...) podendo ser aplicado em qualquer cenário de cuidado à saúde (...) ou no contexto de qualquer filosofia de enfermagem”.

A tomada de decisão baseia-se nos fatores individuais de cada enfermeiro (*e.g.* conhecimento e experiência), podendo ser puramente intuitiva ou utilizar estratégias como o método hipotético-dedutivo. Divide-se em duas fases: uma fase diagnóstica marcada pela observação do utente, recolha e processamento de dados, que origina a identificação de problemas ou diagnósticos, e uma outra fase em que os planos de ação e as opções de cuidados dão origem às intervenções de enfermagem (Azevedo, 2010).

O Processo de Enfermagem direciona a tomada de decisão consoante as necessidades dos utentes (Teixeira *et al.*, 2012 e Peres *et al.*, 2009). A tomada de decisão em enfermagem é fundamentada pela informação obtida quando se aplica o Processo de Enfermagem, através da prestação de cuidados, nomeadamente dos registos de enfermagem organizados em SI, que reproduzem a prática.

Deste modo, “os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – baseados em papel ou em suportes eletrónicos – formalizam e dão visibilidade à tomada de decisão em enfermagem” (Cunha e Mota, 2007: 1).

### **2.3.2 Documentação em Enfermagem**

A documentação em enfermagem, comumente denominada por “registos de enfermagem” é parte constituinte da prestação de cuidados, estando inerente a todos os procedimentos efetuados. Tudo aquilo que é realizado tem de ser registado. Não é um ato isolado e secundário à prestação de cuidados.

Martins *et al.* (2008) refere que Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, já em 1850 avaliava os cuidados prestados, registava as suas observações e utilizava informações recolhidas para aferir o nível dos mesmos e melhorar a prestação. Criticava frequentemente a falta de informação, pedindo que se fizessem relatos sobre a evolução e observações essenciais, descrições claras e avaliação dos resultados esperados. Nesta mesma linha de pensamento, George (2000: 72) citado por Martins *et al.* (2008: 54) diz-nos que o registo “representa a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua, dos acontecimentos ocorridos”.

Um enfermeiro não permanece 24 horas, dia após dia junto do mesmo utente, existe rotatividade entre estes profissionais de saúde, tal como entre utentes, assim torna-se fundamental encontrar formas de comunicação que permitam a continuidade dos cuidados. A transmissão de informação sobre os utentes assume um aspeto central para na continuidade dos cuidados, promovendo uma assistência individualizada. A “passagem de turno” por ser transmitida apenas verbalmente, não é considerada uma fonte muito fiável, sendo os registos escritos ou informatizados a melhor opção (Azevedo, 2010). A documentação clínica de enfermagem constitui um meio de ultrapassar esta lacuna, sendo essencial e indispensável.

Por outro lado, para que a atividade profissional dos enfermeiros não seja meramente empírica, é necessário justificar os atos que se prendem diretamente com a pessoa, isto só é possível através do registo sistemático das apreciações e decisões fundamentadas através de metodologia científica, baseada num modelo de cuidados de enfermagem sólido, credível e internacionalmente aceite. A utilização de registos contribui seguramente para o planeamento, aplicação e avaliação dos cuidados prestados, tornando-os individualizados, contínuos e progressivos. Reforça a autonomia e a responsabilidade do enfermeiro, contribuindo para a segurança, qualidade e

satisfação, para quem presta cuidados e para quem os recebe (Simões e Simões, 2007). Toda a metodologia de trabalho inerente à enfermagem baseia-se nos registos, estes devem assim ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, autonomia e responsabilidade profissional (Martins *et al.*, 2008).

A documentação em enfermagem combina assim várias finalidades: facilita a comunicação entre profissionais e prestadores de cuidados de saúde; dá continuidade aos cuidados prestados ao utente; permite o registo legal e financeiro dos cuidados; oferece utilidade na investigação clínica; serve de orientação na melhoria do desempenho profissional e organizacional. Na procura pela qualidade, estes devem ser factuais, rigorosos, completos, atuais e estruturados (Potter e Perry, 2006).

Martins *et al.* (2008) consta também que o próprio sistema de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem, faz referência aos registos, mais concretamente o “Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no Artigo 19º, nº2”, que considera existir deficiente desempenho se houver “ incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados”. Martins *et al.* (2008) citando Romano (1984: 299) acrescenta ainda que “a ausência ou insuficiência dos Registos de Enfermagem constituem um dos fatores que determinam a menor qualidade da assistência ao utente, e da impossibilidade em avaliar os benefícios da profissão de enfermagem”. Uma vez que o registo é sinónimo e reflexo da prestação de cuidados, o que não está documentado, não foi realizado.

Os enfermeiros são o maior grupo profissional inserido na área da saúde, constituindo o grupo que mais decisões toma e mais atos pratica. Segundo Simões e Simões (2007), são assim os enfermeiros, pela natureza e especificidade das funções que exercem, que mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos SI, nomeadamente nos SIE sobre a saúde dos utentes.

Neste momento já estão implementadas novas modalidades de registos, nomeadamente o registo eletrónico suportado informaticamente por um SIE. Em muitos hospitais nacionais através do SAPE, os registos informatizados já são a única realidade existente ao nível da documentação de enfermagem, contudo é fundamental que as organizações de saúde forneçam aos profissionais de saúde a formação necessária para que estes possam operar e compreender as aplicações informáticas o melhor possível.

*“Education for the health professions is in need of a major overhaul. Clinical education simply has not kept pace with or been responsive enough to shifting patient demographics and desires, changing health system expectations, evolving practice requirements and staffing arrangements, new information, a focus on improving quality, or new technologies”* (Institute of Medicine, 2001 citado por Greiner e Knebel, 2003: 1).

### **2.3.3 Estandarização em Enfermagem - CIPE**

Associados aos registos de enfermagem seguiram-se vários contributos relacionados com a normalização da linguagem utilizada na documentação e criação de classificações em enfermagem, na tentativa de desenvolvimento de uma linguagem apropriada à prática clínica, cultura e sistema de cuidados de saúde (Nóbrega e Garcia, 2009; Cunha, 2008).

Tudo aquilo que não se consegue classificar e/ou atribuir uma designação, dificilmente pode ser compreendido e controlado (Leal, 2006). As classificações em enfermagem servem para ordenar as entidades e conceitos, por grupos ou classes, tendo por base a sua similaridade, minimizando a variância dentro do grupo e maximizando a variância entre grupos.

Neste âmbito, a primeira classificação em enfermagem foi apresentada por Abdellah no ano de 1959, seguindo-se Henderson em 1966, com a classificação de necessidades funcionais. Estas foram a base do desenvolvimento de várias teorias e várias classificações, ao nível do diagnóstico (*North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA, no ano de 1973), intervenção (*Nursing Interventions Classification* – NIC, em 1992) e resultados (*Nursing Outcomes Classification* – NOC, em 1997), entre outras que foram surgindo (Cunha, 2008 e Silva, 2006). Como resultado da classificação, a produção e organização do conhecimento em enfermagem cresceu ao nível da prática, educação e investigação.

Após a tentativa falhada da inclusão da NANDA nas classificações aprovadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), surgiu a iniciativa do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) de desenvolver uma linguagem comum em enfermagem - a conhecida CIPE (Leal, 2006 e Sousa, 2006). O ICN representa mais de 130 associações internacionais de enfermagem, incluindo a OE, que em Portugal é “a associação pública representativa dos enfermeiros inscritos com habilitações

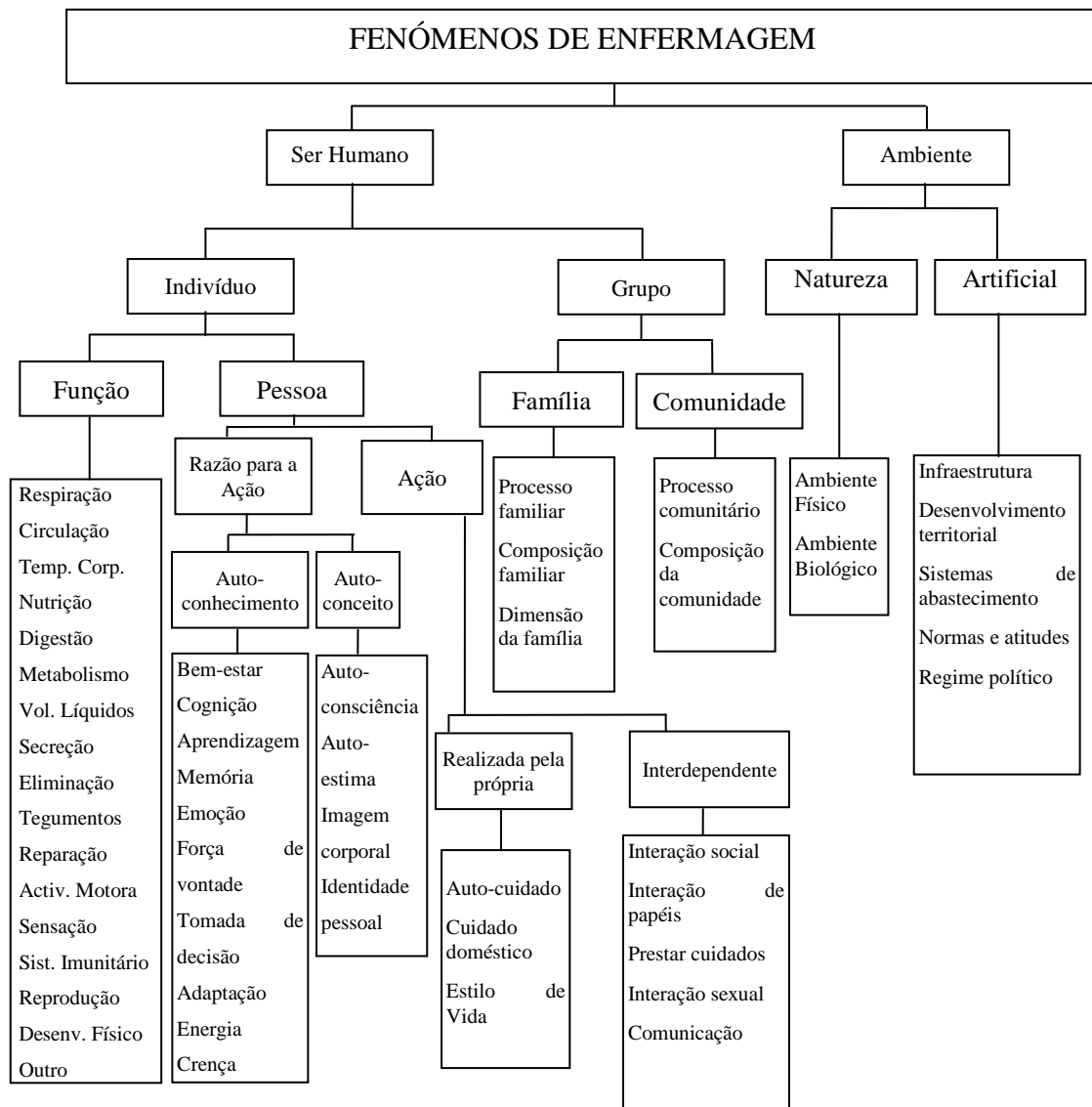
académicas e profissionais legalmente exigidas para o exercício da respetiva profissão” (OE, 2009b: lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, artigo 1.º, alínea 1).

A CIPE nasceu assim do esforço desenvolvido por esta comunidade de enfermagem, liderada por June Clark e Norma Lang, com o objetivo de estabelecer uma classificação *standard* envolvendo diversas terminologias existentes numa única, universal e reconhecida internacionalmente (Leal, 2006).

De acordo com o “Programa de Planeamento da CIPE 2001-2002”, a visão da CIPE consistia na obtenção de “dados de enfermagem prontamente disponíveis e utilizados pelos sistemas de informação em saúde, em todo o mundo (...). A missão, por sua vez, “consistiria no desenvolvimento e manutenção de uma CIPE pertinente, útil e atualizada” e as quatro principais metas estratégicas delineadas foram: “desenvolver um programa da CIPE com especificação dos componentes do processo e dos produtos”; “manter uma CIPE atualizada por forma a que continue a refletir a prática de enfermagem”; “conseguir que a CIPE seja utilizada pelas comunidades nacionais e internacionais” e “assegurar que a estrutura da CIPE seja compatível com as outras classificações largamente usadas e com o trabalho dos grupos da normalização em saúde e em enfermagem” (ICN, 2005: 8).

Esta classificação constituiria uma matriz unificadora composta por Fenómenos, Intervenções e Resultados de Enfermagem.

**Figura 2.5** Fenómenos de Enfermagem em Pirâmide



Fonte: Adaptado de ICN (2003:4)

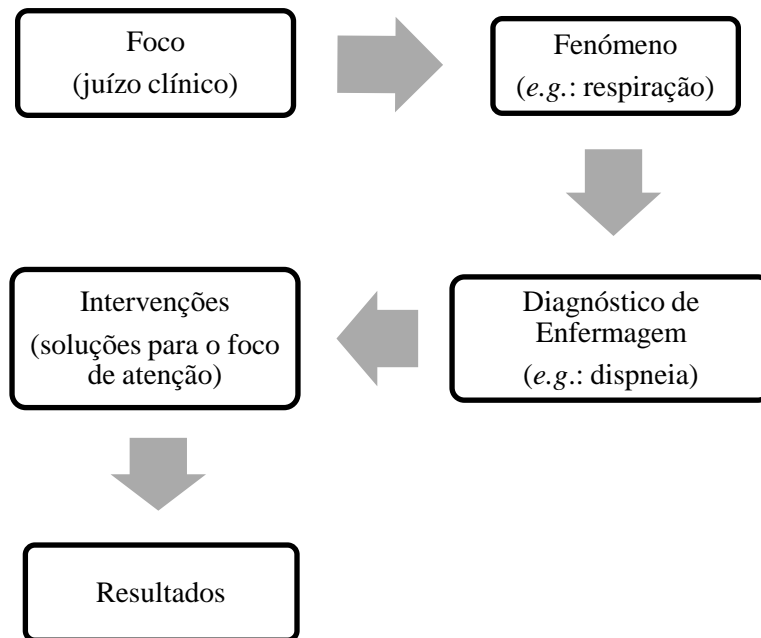
Apresentada em 1996, surge a primeira versão da CIPE – “Alfa”. (ICN, 2011a). Em 1999, foi divulgada a “versão Beta” que constituía a primeira versão completa da CIPE. Seguiram-se-lhes a “versão Beta 2” (em 2002), “versão 1.0” (em 2005), “versão 1.1” (em 2008) e “versão 2” (em 2009), esta última, traduzida e apresentada em Portugal, em 2010 (Cunha, 2008; ICN, 2011a e Silva, 2006).

A arquitetura da CIPE tem evoluído ao longo do tempo, adquirindo várias representações. A “versão Alfa” inicial da CIPE estava organizada em apenas três componentes: “necessidades humanas”, “o que fazem os enfermeiros” e “resultados”, contudo, as versões beta e beta 2 expandiram o uso de uma abordagem multi-axial: um

modelo de oito eixos para os fenómenos de enfermagem e um modelo de oito eixos para as ações de enfermagem (ICN, 2011a).

Desenvolveram-se as definições para o diagnóstico (rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem), resultado (medida ou estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de enfermagem) e intervenção de enfermagem (ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem), bem como linhas de orientação para compor um diagnóstico, um resultado e uma intervenção de enfermagem.

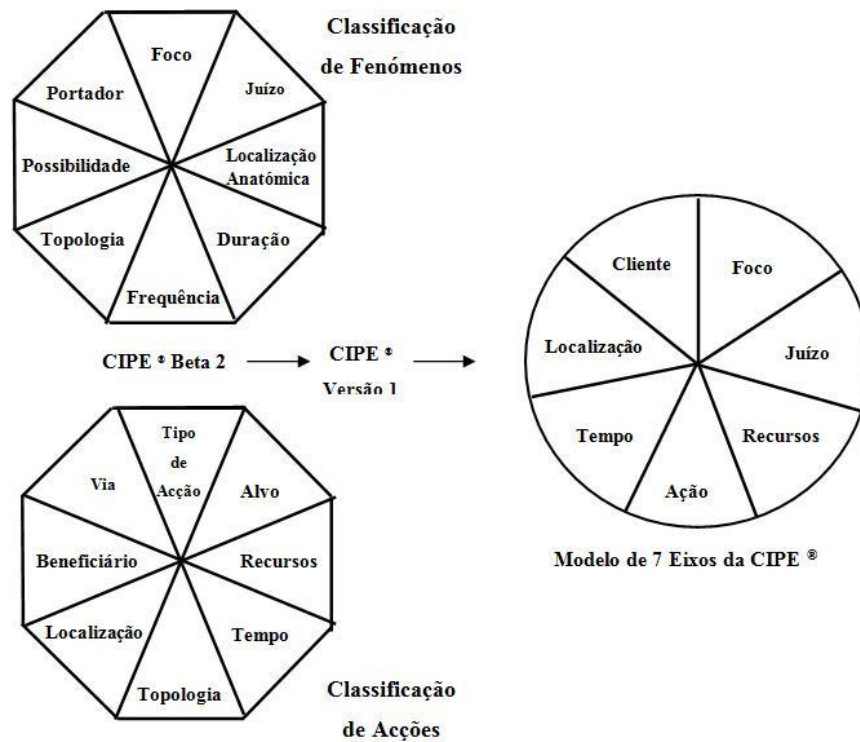
**Figura 2.6** Processo de Enfermagem segundo a CIPE



Fonte: Elaboração Própria

Com o desenvolvimento da “versão 1” da CIPE, transitou-se das duas anteriores classificações de oito eixos para um modelo de sete eixos, como se verifica na figura seguinte (ICN, 2011a).

**Figura 2.7** Da CIPE versão Beta 2 para o Modelo de Sete Eixos da CIPE



Fonte: Adaptado de ICN (2005:29)

De acordo com o ICN (2011a), os eixos são definidos da seguinte forma: Foco - área de atenção que é relevante para a enfermagem (*e.g.* dor); Juízo - opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem (*e.g.* risco); Cliente (Utente) - sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (*e.g.* recém-nascido); Ação - processo intencional aplicado a um cliente (*e.g.* administrar); Recursos - forma ou método de concretizar uma intervenção (*e.g.* ligadura); Localização - orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (*e.g.* abdómen); Tempo - o ponto, período, instância, intervalo ou duração de uma ocorrência (*e.g.* crónico). Foram também criados catálogos, que constituem subconjuntos da classificação que se concentram em determinada especialidade/serviço, quadros clínicos do cliente ou fenómenos de cuidados aos clientes sensíveis às intervenções de enfermagem. Para a formulação de um diagnóstico de enfermagem é necessário que no mínimo exista um foco, um juízo e uma ação.

Na última versão da CIPE – “2” pelo ICN (2011a), manteve-se o modelo de sete eixos e adicionaram-se mais de 400 novas entidades.

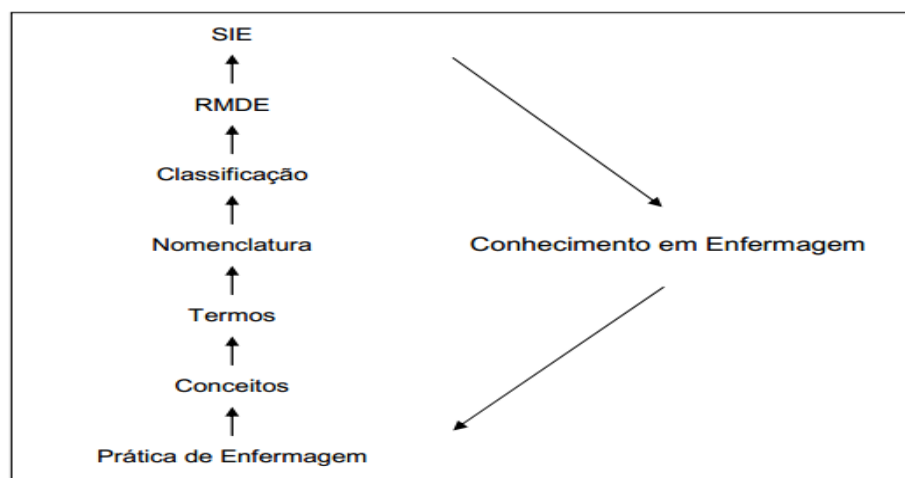
“A CIPE, um programa do ICN (...) é um instrumento complexo e abrangente, que inclui milhares de termos e definições (...) foi concebida para ser uma parte integral da infraestrutura global de informação, que

informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo (...) é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática (...) facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (...) a CIPE facilita a recolha e análise de dados de Enfermagem entre populações, serviços de cuidados de saúde, idiomas e regiões geográficas. Os dados originados pela utilização da CIPE podem sustentar a tomada de decisão, melhorando assim a segurança e a qualidade dos cuidados para os doentes e as famílias” (OE, 2009c: 7).

Em Portugal, a OE preconiza a utilização obrigatória de classificações internacionais, recomendando o uso da CIPE, permitindo a comparação de dados a todos os níveis (Cunha, 2008).

Além da classificação, é importante que a respetiva terminologia reflita o mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores no sistema de saúde: Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) e core de indicadores de enfermagem. (Pereira, F.M. 2009; Cunha, 2008 e OE, 2007b). É a partir destes que a produção de indicadores fica viabilizada para diferentes níveis e utilizadores. Segundo Pereira, F.M. (2009), os indicadores produzidos têm muito valor na reflexão sistemática sobre as práticas, a partir de informação válida retirada dos registos de enfermagem, procurando sempre alcançar a “excelência do exercício profissional”.

**Figura 2.8** Produção de Conhecimento em Enfermagem



Fonte: Adaptado de Cunha (2008:33)

Percebe-se atualmente que o reflexo dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, indicadores e relatórios oficiais de saúde é pouco visível, pelo que a perceção do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações é difícil (Mota, 2010 e Cunha, 2008).

“(…) dada a importância da informação para a produção de indicadores, expansão da investigação, monitorização da qualidade, formação, financiamento e processo de tomada de decisão em relação às políticas de saúde, torna-se impreterível usufruir do potencial dos registos de enfermagem, o que passa pelo desenvolvimento, implementação ou otimização dos SIE, em suporte eletrónico (…) vale ainda enfatizar que o sucesso ao nível da implementação e otimização de qualquer sistema assenta, primordialmente, numa política institucional demarcada por oportunidades de participação e progressão de todos os envolvidos, em iguais condições de direitos e deveres. Acrescenta-se, também, a necessidade de desenvolver competências técnicas e humanas, implícitas e explícitas, dos profissionais que agem, interagem e reagem no contexto institucional” (Cunha, 2008: 34).

Com o uso da CIPE num conjunto nuclear de dados pode gerar-se uma série de dados recolhidos de forma sistemática, para a análise do ambiente de cuidados, recursos de enfermagem, cuidados de enfermagem e resultados dos utentes.

O conceito de RMDE pode ser suportado pela classificação, pois à medida que os métodos de recolha de dados que refletem todo o contexto dos cuidados vão sendo refinados e implementados, os enfermeiros podem determinar marcos de comparação para a prestação segura e efetiva de cuidados a qualquer nível, de um contexto local até os sistemas internacionais (ICN, 2011a). A CIPE fornece capacidades de gestão de dados para documentar as práticas de enfermagem e para desenvolver uma compreensão sobre o trabalho de enfermagem no contexto de cuidados de saúde global baseada em conhecimento (ICN, 2005).

O licenciamento da CIPE em Portugal é fornecido pela OE, não só para fins comerciais (*e.g.* para desenvolvimento de aplicações informáticas), como também para fins de investigação e ensino. Dinamiza-se cada vez mais a sua associação às TIC.

A informática está cada vez mais disponível para apoiar a prática, a educação, a pesquisa e o desenvolvimento político. A CIPE funciona como suporte a muitos dos SIE informatizados, nomeadamente o SAPE. Permite fundamentar a prática da prestação de serviços de saúde através do processo de enfermagem e planeamento dos cuidados, em informação e documentação sólida.

A eficácia na utilização da CIPE depende do apoio dos profissionais de enfermagem, contudo não deve apenas ser reservada para os utilizadores na prática clínica, mas deve também depender da opinião dos gestores de enfermagem, uma vez que a informação gerada pelo uso da CIPE, pode ser usada conjuntamente com outros dados de gestão, de maneira a “influenciar a tomada de decisão, a gestão da carga de trabalho e outras decisões tomadas diariamente pelos gestores, relativas às estruturas e processos de prestação de cuidados de saúde” (ICN, 2005: 24).

#### **2.3.4 Sistemas de Informação em Enfermagem**

“No contexto da enfermagem, a progressão dos dados até ao conhecimento faz-se em duas dimensões: ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação que, resultando da assistência, é documentada nos SIE” (Pereira, F.M. 2009: 53).

Os SIS têm sofrido muitas alterações. Com a produção massiva de grandes volumes de informação resultantes da prestação de cuidados de saúde, dado o tempo despendido na documentação e associado à introdução das TIC nos serviços de saúde, os anteriores e tradicionais SI em suporte papel, assim como todos os SI de diversas organizações de saúde ou não, foram sendo substituídos pelos sistemas informatizados, o que mudou drasticamente a forma e os conteúdos documentados pelos enfermeiros há alguns anos atrás.

Esta situação promoveu no seio de várias organizações de saúde portuguesas, a adoção de novas políticas de gestão da informação, no que toca aos profissionais de enfermagem, a implementação de SIE informatizados de apoio aos registos e documentação de enfermagem (Cunha *et al.*, 2010 e Mota, 2010). Estes evitam o registo repetitivo de dados, aumentam a legibilidade e disponibilidade da informação, facilitam e promovem a comunicação relativa ao utente e reduzem o tempo despendido no tratamento e arquivo da documentação (Cunha, 2008 e Rascão, 2001).

Estudos anteriores demonstram que os enfermeiros portugueses encontravam-se insatisfeitos com o sistema de registo em suporte papel e apontavam a necessidade de mudança (Sousa, 2006). A mudança foi assim nesta área inevitável. Associada às novas tecnologias, esta alteração ao nível dos SI, despoletou também um processo de mudança organizacional, exigindo novos desafios.

A gestão dos SIE assume aqui um papel preponderante, pois contribui para a harmonização entre esse desenvolvimento com as evoluções tecnológicas. Ainda que

não seja necessário possuir conhecimentos profundos sobre as TIC nos diversos níveis de gestão da organização, é necessário compreender a forma como estas contribuem para os objetivos sectoriais e globais da organização de saúde (Varajão, 2005). Para Sousa (2006), a gestão da informação produzida em enfermagem deve assentar num SI desenvolvido à medida das necessidades da organização, capaz de articular os subsistemas que a constituem e os sistemas envolventes. Através dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções planeadas e executadas e dos resultados obtidos documentados nos SIE informatizados, assimila-se novo conhecimento sobre os utentes, permitindo uma personalização desse conhecimento (Azevedo, 2010).

A informatização do plano de cuidados e até de todo o processo de enfermagem, serve de apoio à prática da enfermagem e facilita a comunicação entre todas as pessoas interessadas em prestar cuidados de saúde com qualidade (Adam, 1994).

O introduzir da informática nos domínios da enfermagem foi um processo gradual que acompanhou as tendências evolutivas das TI no contexto alargado da sociedade. Em meados da década de 50, já se verificava o envolvimento da enfermagem nos meandros da informática, contudo o grande movimento teve início nos anos 70 (Marin e Cunha, 2006). A informática em enfermagem, através do uso da tecnologia computadorizada como processo de transformação dos dados em informação, foi introduzida na prática, gestão, ensino e investigação.

Thede (2012: nd), referindo Graves e Corcoran (1989) define *nursing informatics* como “*a combination of computer science, information science, and nursing science designed to assist in the management and processing of nursing data, information, and knowledge to support the practice of nursing and the delivery of nursing care*”.

A *American Nursing Association* (ANA) em 1970 denotou a necessidade de conceber uma estrutura para documentar o Processo de Enfermagem, tendo sido aceite em 1992 pela ANA, um “conjunto mínimo de dados de enfermagem”, considerado a primeira terminologia recomendada para a documentação dos cuidados de saúde prestados, manualmente ou em suporte eletrónico. A informática em enfermagem foi assim aprovada como uma nova especialidade e parte integrante do ensino da enfermagem nos Estado Unidos da América.

Na Europa, em 1992, iniciou-se o projecto *Telenurse* (projeto de informatização de dados de enfermagem desenvolvido pela União Europeia) promovendo a ascensão dos registos de enfermagem informatizados; especificamente na Finlândia foi

implementada a *Finnish Classification of Nursing Interventions* e na Irlanda desenvolveu-se a criação de um SIE integrado (Cunha, 2008).

Para além dos computadores fixos, perspectiva-se o uso de tecnologia móvel (*e.g. Personal Digital Assistants - PDAs*) associada à prática de enfermagem, principalmente no que toca à monitorização de parâmetros vitais, uma vez que a recolha de informação para realizar registos, não é estática. A ANA defende que os SIE têm potencial para aumentar a performance e conhecimento do profissional de enfermagem e que o PDA deve ser incluído nestes sistemas de informação, sendo uma realidade já em vários locais (Ribeiro, 2008). “*Will there be a day when every nurse carries a PDA, just as they do with a stethoscope?*” (Hunt, 2002 citado por Ribeiro, 2008:22).

Pereira, F.M. (2009) e Cunha (2008) relembram que na última década em Portugal, no SNS, assistiu-se a um grande movimento de reengenharia dos SIE informatizados com base nos trabalhos de Silva (2006) e Sousa (2006). Quatro vetores essenciais dos aspetos característicos do modelo de dados estão na origem deste movimento: a inclusão da linguagem classificada CIPE, a parametrização por unidades de cuidados, a integridade referencial dos dados e a incorporação dos SIE na RIS.

A OE salienta a importância estratégica dos registos e SIE, Sousa (2006) acerca disto refere que “a primeira razão é o facto de se querer objetivamente investir em ganhos em saúde.” Para tal, defende que é necessário o envolvimento de todos os profissionais; o que não será possível sem um SI que permita garantir a identificação dos resultados dos cuidados de enfermagem. A segunda razão apontada por Sousa (2006) advém do facto de não se poder ignorar as alterações que neste momento existem relativamente às orientações de gestão das organizações de saúde, deve existir um sistema que reflita os cuidados de enfermagem, de forma a não haver confusão com atos médicos. A terceira razão pela qual a OE considera estratégica a questão dos sistemas de informação em enfermagem, tem a ver com o desenvolvimento científico da profissão. Com a utilização de uma linguagem uniformizada na prática dos cuidados de enfermagem, há um contributo essencial para a investigação, enriquecimento da disciplina enquanto ciência e melhoria nos cuidados aos utentes (Sousa, 2006).

O enfermeiro Abel Paiva e Silva apresentou em 1995 os resultados do primeiro estudo português sobre SIE na prática clínica - unidades de internamento hospitalar, do qual resultou a conceção do modelo “ENFIN (Enfermagem/Informática) – Sistema de

Informação de Enfermagem”, precursor do atual SAPE, desenvolvendo um novo projeto sobre implementação dos módulos clínicos de enfermagem hospitalar integrados na base de dados do SONHO, desenvolvido pelo IGIF. Por outro lado, a Escola Superior de Enfermagem de São João, em parceria com a Administração Regional de Saúde do Norte e o IGIF, desenvolveram um projeto de implementação dos SIE/TIC (1998-2000), no âmbito dos Centros de Saúde: módulo clínico de enfermagem na comunidade, tendo em vista também a sua integração na base de dados do SINUS (Cunha, 2008; Silva, 2006 e Sousa, 2006).

Como já referido anteriormente, a CIPE associada ao modelo de dados desenvolvido para a descrição dos cuidados (diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem), formaliza o conhecimento próprio utilizado na prática e concorre na partilha de códigos e significados essenciais na geração de sínteses informativas capazes de promover a gestão da informação, neste contexto, Pereira, F.M. (2009) citando Silva (2001: 274), refere que a escolha da CIPE se deveu à não existência de “ tradição de utilização de classificações formais que abranjam os três domínios específicos de conteúdos de enfermagem (...) diagnósticos, intervenções e resultados”. Assim, durante a reengenharia dos SIE, também foi incorporada a CIPE no SAPE, sendo uma classificação de enfermagem constituinte do grupo de classificações aprovadas pela OMS e aquela com maior utilização nos SIE, em Portugal.

A OE (2007a), valorizando a necessidade de garantir que os SIE integrem os dados relativos aos cuidados de enfermagem, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, em conjunto com o ICN, reuniu os princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais para o desenvolvimento dos SIE. Assim, a OE defende que as aplicações informáticas utilizadas e respetivas atualizações sejam certificadas pela OE, que o *software* utilizado no SIE respeite a norma da ISO 18104:2003 – *Health informatics: Integration of a reference terminology model for nursing*, esta norma internacional é importante para garantir o uso e articulação da terminologia de Enfermagem com outros profissionais de Saúde no avanço dos registos eletrónicos na saúde; para facilitar e obviar a articulação entre os módulos de informação que integram o SI, devem ter todos a mesma configuração técnica, conferindo deste modo consistência ao SIE. Ressalva ainda a importância da proteção, segurança e confidencialidade dos dados, assim como o direito do enfermeiro à informação relativa à saúde dos utentes, das famílias e comunidades ao seu cuidado.

Por último, como já anteriormente referido, preconiza a utilização da CIPE, pois só se pode comparar e agregar dados, se estes adotarem definições e categorias uniformes, além de que as classificações em enfermagem contribuem para a formação do conhecimento formal em enfermagem. A autorização para a utilização desta classificação deverá ser requerida à OE ou ao ICN (OE, 2007a).

Em Portugal, existem entidades que detêm *software* acreditado e com licença para utilização da CIPE, no contexto da documentação dos cuidados de enfermagem (aplicações concorrentes do SAPE no mercado). Pode enumerar-se: a “ALERT”, a “B-Simple HealthCare”, a “Care4IT”, a “Glintt”, a “HP Enterprise Services Portugal, Lda.” e a “Siemens” (ICN, 2011b). Estas aplicações informáticas, contrariamente ao SAPE, que é gratuito para as unidades de saúde pertencentes ao SNS, têm um custo associado, sendo mais adotadas por unidades de saúde não pertencentes ao SNS.

Cunha (2008: 64), salienta que nesta área “o desafio consiste em perceber como e o que é que pode ser melhorado, tendo em vista a maximização do potencial dos SIS, designadamente a produção automática de indicadores, a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e o desenvolvimento da investigação, bem como a imprescindível necessidade de reutilização de dados e a sua comparabilidade ao nível local, regional, nacional e internacional, e de uma prática cada vez mais baseada na evidência”.

### **Capítulo 3. CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO**

A documentação em Enfermagem possibilita a evidência das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros. O SAPE é um instrumento de trabalho importante neste âmbito, contudo, para que possa ser utilizado da melhor forma possível, é essencial que os enfermeiros reflitam sobre o mesmo, partilhando as suas contrariedades e êxitos para que o sistema já existente, seja aperfeiçoado.

#### **3.1 Sistemas de Informação em Enfermagem no SNS**

##### **3.1.1 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)**

Os SIE informáticos constituem uma parcela dos SIS e são a base fundamental para a planificação e registo das atividades dos enfermeiros. A nível hospitalar no SNS, houve uma grande evolução nos últimos anos.

A CIPE do ICN foi traduzida e divulgada aos serviços de saúde, em Portugal, entre 1995 e 1996, pelo IGIF, no âmbito das suas responsabilidades como parceiro português do Projeto *Telenurse*, projeto de informatização de dados de enfermagem desenvolvido pela União Europeia (em 1992), que se debruçava sobre a promoção do desenvolvimento de aplicações de telemática à enfermagem, desenhadas para registar e organizar os dados clínicos e descrever a prática clínica de enfermagem. Os auditores do projeto recomendaram que a *Telenurse* se deveria centrar na promoção do consenso do uso da CIPE na Europa.

Tendo por referência a CIPE e direcionado para os registos de enfermagem propriamente ditos, foi construída a aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

“O SAPE é um *software* aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a CIPE do ICN, permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde. Objetivos gerais: (...) orientado para a atividade diária do enfermeiro e visa a organização e o tratamento da informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do utente. Tem como objetivos específicos: Suportar a atividade diária de enfermagem e normalizar o sistema de registos de enfermagem” (Diretório de informação em Saúde, 2010).

O SAPE é uma aplicação informática gratuita para as unidades de saúde integrantes do SNS, encontrando-se sobre a alçada da ACSS. É suportado pelo sistema operativo *Microsoft Windows Server* e assenta em “*Oracle Forms 6*”, com recurso à

linguagem informática PL/SQL (*Procedural Language/Structured Query Language*) que apoia os programadores de bases de dados. O SAPE tem a sua base de dados própria, local (Lopes, 2011 e Gomes *et al.*, 2009).

O SAPE permite a informatização dos registos de enfermagem, tanto no sector hospitalar como ao nível dos cuidados de saúde primários (centros de saúde). O SAPE pode igualmente ser adotado por unidades de saúde não pertencentes ao SNS, através de um acordo de utilização, sob um pagamento anual à ACSS que pode variar entre os 250€ e os 1000€ (ACSS, 2010). O SAPE é amplamente utilizado em vários hospitais e centros de saúde nacionais, segundo Espanha (2013), no ano de 2010, este era utilizado em 77 hospitais pertencentes ao SNS, estando presente em ambas as unidades hospitalares do Algarve (pertencentes ao SNS): Hospital de Faro (HF) e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA), organizações que constituem atualmente o Centro Hospitalar do Algarve; um dos grandes objetivos é que num futuro próximo, o SAPE permita o acesso e partilha de informação, relativa aos utentes, não só dentro da própria organização, mas também entre as diversas organizações de saúde utilizadoras (Cunha e Mota, 2007).

No que toca à criação e conceção em termos funcionais do SAPE, inicialmente conhecido como ENFIN, este tem a sua origem na Escola Superior de Enfermagem de São João (no Porto), em 1995. Através da sua tese de Doutoramento, o Enf.º Abel de Paiva Silva, revolucionou o processo de enfermagem e a documentação em enfermagem que se fazia em Portugal (favorecendo o registo eletrónico em detrimento do papel). Após apresentado ao IGIF, o ENFIN foi aprovado e o módulo desenvolvido, sobre a base da CIPE (Silva, 2006).

Inicialmente, o SAPE foi testado em três serviços-piloto de três hospitais: Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga, Serviço de Medicina do Hospital Padre Américo, em Vale de Sousa e no Serviço de Cardiologia do Hospital de São João do Porto. Em simultâneo foi desenvolvido o módulo para os Cuidados de Saúde Primários, com o apoio do Enf.º Paulino Sousa. Este último módulo, foi também testado em Centros de Saúde-piloto (Silva, 2006 e Sousa, 2006).

Em contexto hospitalar, no qual este estudo está integrado, o SAPE interage com o SONHO, desta forma, o utente é identificado por ambos os sistemas, tendo o enfermeiro apenas que registar os cuidados de enfermagem prestados. Este sistema

comunica igualmente com o SAM (Silva, 2006). Relativamente à segurança da informação, uma vez que os dados circulam na RIS (já anteriormente referida), onde estão apenas conectadas organizações de saúde, existe a garantia da segurança dos dados. Por outro lado, no que toca à circulação de dados das organizações de saúde para bases de dados nacionais, para além da autorização expressa das entidades envolvidas, é necessário o parecer favorável da CNPD.

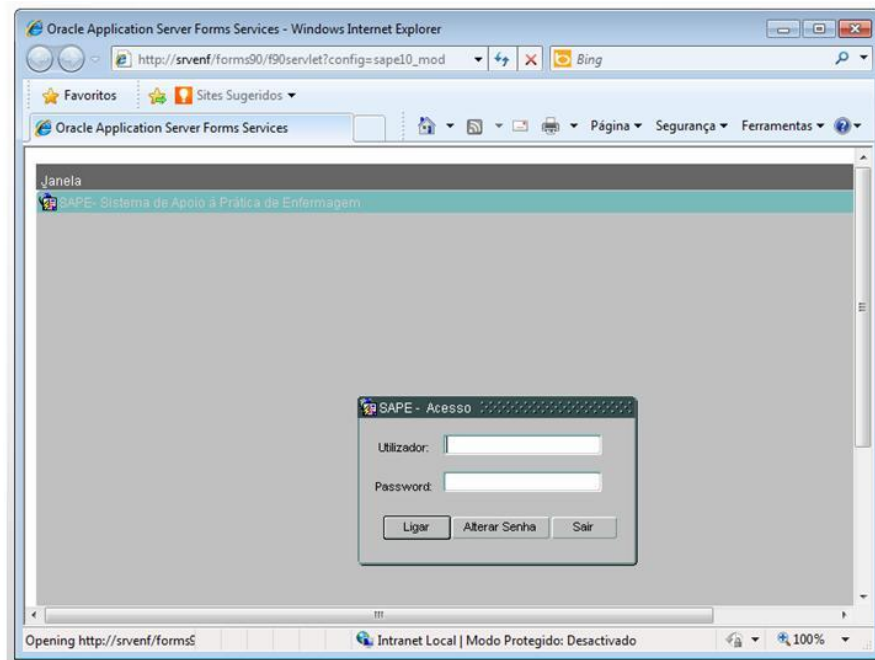
Tanto o SAPE como a CIPE sofreram evoluções e melhorias. O SAPE “dos dias de hoje” rege-se pela “CIPE Beta 2”, adaptando-se às várias versões do *software* SAPE que vão sendo criadas. No HF, é atualmente utilizada a “versão SAPE 4.0”, já se perspectivando uma futura evolução. A implementação do SAPE exigiu o desenvolvimento de novas funcionalidades e ajuste às diferentes práticas de cada unidade de saúde utilizadora. Consoante as suas necessidades específicas foram construídas intervenções e diagnósticos a partir de um conjunto de eixos da CIPE, face aos focos e fenómenos frequentes de cada serviço/unidade. Estas modificações, designadas de “parametrização” ficam a cargo da unidade de saúde que aderiu ao sistema.

A parametrização dos conteúdos por unidade de cuidados constitui uma dimensão essencial associada ao modelo de dados desenvolvido, adaptando a linguagem CIPE à área a aplicar. Este vetor refere-se ao processo de incorporação e adequação dos principais itens de informação utilizados em cada unidade nos conteúdos que sustentam o SIE. Este trabalho de parametrização caracteriza-se por grande dinamismo e mutabilidade que decorre das necessidades dos utilizadores. Quer isto dizer que, a qualquer momento, cada uma das unidades de cuidados pode alterar os conteúdos que utiliza e entende necessários à melhor descrição dos cuidados. O serviço/unidade responsabiliza-se assim por fazer o levantamento dos focos frequentes no seu serviço, e para cada foco construir as intervenções a executar, cabe depois aos enfermeiros utilizadores selecionarem do conjunto (ou catálogo, se existir), aquelas que fazem sentido executar para o caso particular. Para cada foco deve também ser elaborado o conjunto de diagnósticos que permitem avaliar a evolução desse mesmo foco no utente. O sistema obriga a que exista sempre um diagnóstico (Pinto, 2009; Silva, 2006 e Sousa, 2006).

Com vista à compreensão deste sistema, descreve-se de seguida, sucintamente, as suas funcionalidades para enfermeiros prestadores de cuidados (Pinto, 2009; Cunha e Mota, 2007).

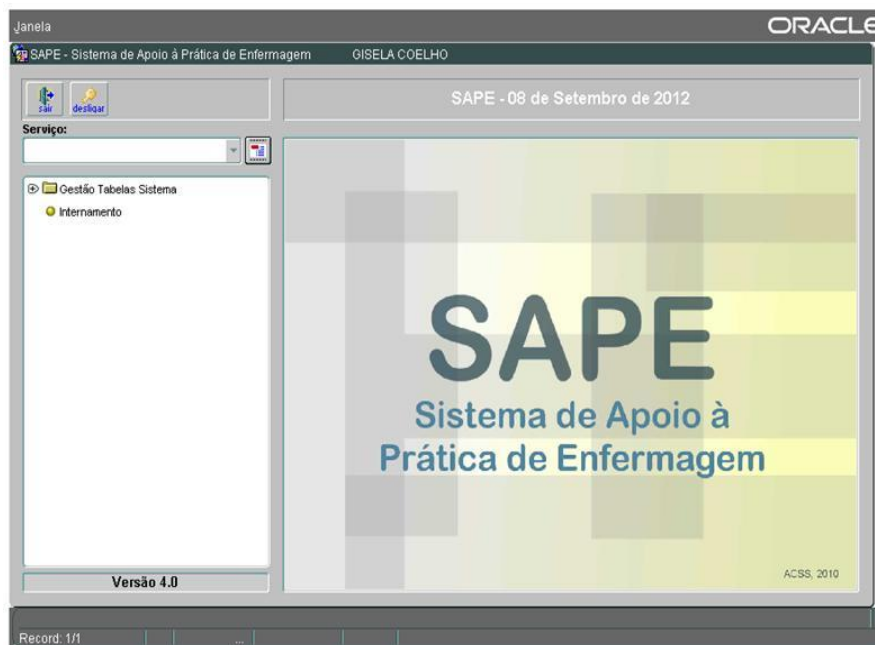
A primeira página da aplicação (figura 3.1) consiste no pedido de introdução por parte do enfermeiro de: “utilizador” (número mecanográfico) e “palavra-passe”.

**Figura 3.1** Aplicação SAPE – Página Inicial



Fonte: SAPE

**Figura 3.2** Aplicação SAPE - Entrada



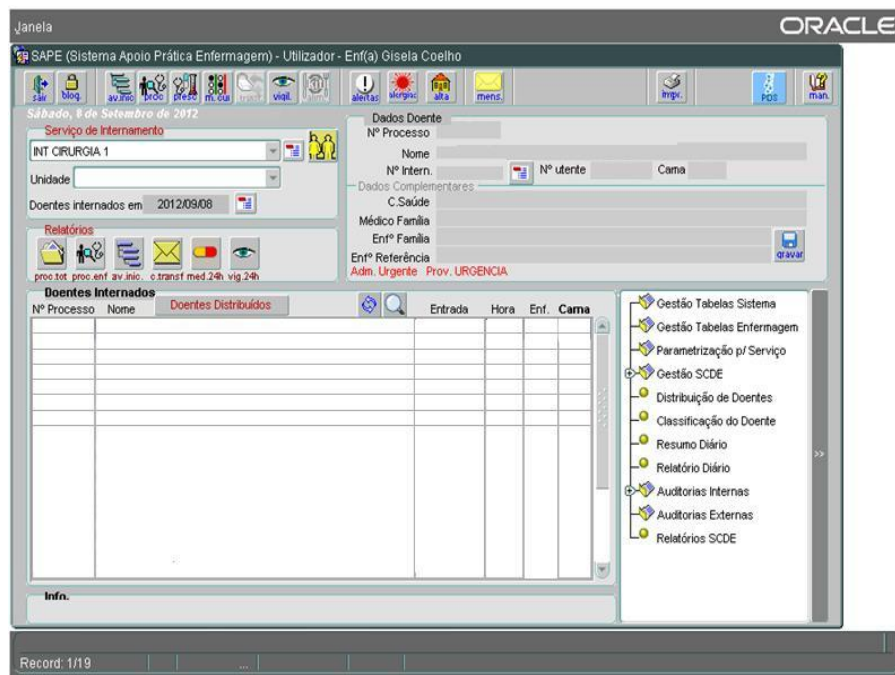
Fonte: SAPE

Com a identificação do utilizador por parte do sistema, acede-se à aplicação. Nesta (apresentada na figura 3.2), existem dois ícones “sair” (fecha a aplicação) e “desligar”, que permite aceder novamente à janela de introdução da palavra-passe, de maneira a salvaguardar a documentação.

O menu “Gestão Tabelas Sistema” tem acesso restrito. De interesse para os enfermeiros, existe o ícone “Internamento”, o qual, ao clicar-se, mostra a lista de utentes internados.

Reportando à figura 3.3., nas “caixas brancas” visualiza-se: lista dos utentes internados (nomes); serviço/especialidade; n.º de utente; n.º de episódio; n.º de cama; data e hora de internamento. Aqui o enfermeiro não pode fazer alterações, uma vez que essa lista é de acesso restrito aos administrativos. Nesta janela existe também uma “barra de menus em árvore” situada na “caixa branca” à direita, cujos menus têm como objetivo a gestão da base de dados e a classificação de utentes através do Sistema Classificação de Doentes em Enfermagem, por graus de dependência (SCD/E), com acesso restrito.

**Figura 3.3** Lista dos Utentes

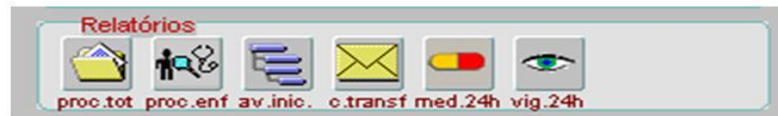


Fonte: SAPE

Na figura 3.4 é apresentada a “Barra de menus - relatórios”, esta contém ícones que permitem imprimir: o processo total do utente; o Processo de Enfermagem; a

Avaliação Inicial; a Carta de transferência; a listagem da medicação das 24 horas e a folha de vigilância das 24 horas.

**Figura 3.4** Barra de Menus - Relatórios



Fonte: SAPE

Horizontalmente na aplicação existe a “Barra de Menus superior” (figura 3.5), que possui diversos ícones, que permitem aceder respetivamente a: Sair da aplicação; Bloquear a sessão; Avaliação Inicial; Processo de Enfermagem; Prescrições Médicas; Mapa de Cuidados; Mudança de Cama; Vigilância; Alimentação; Alertas; Alergias e Alertas Médicos; Alta de Enfermagem; Ver Avisos/Mensagens; Plataforma de Dados da Saúde; Imprimir e Manuais de Apoio.

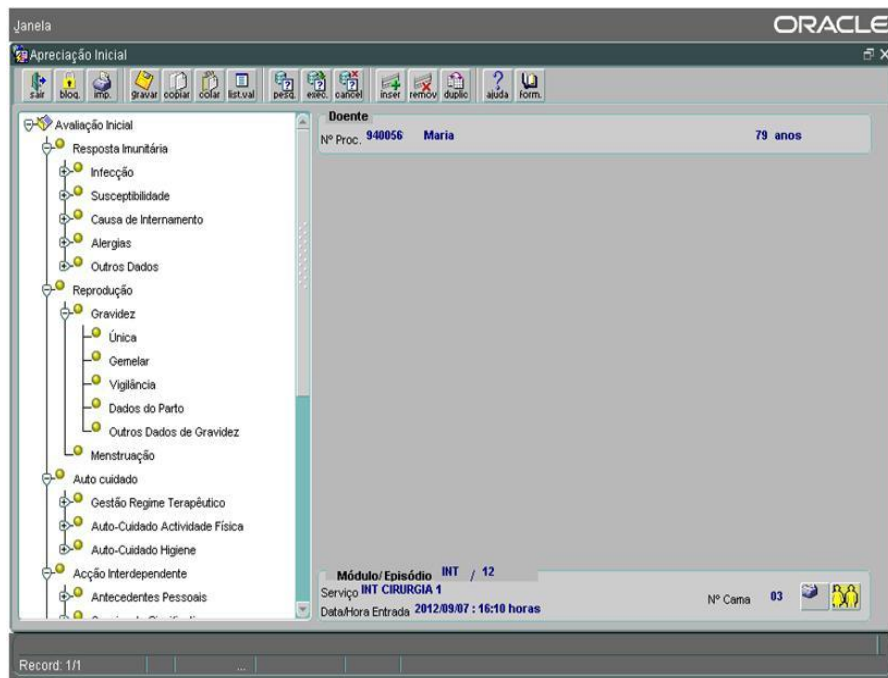
**Figura 3.5** Barra de Menus Superior – Horizontal



Fonte: SAPE

Por sua vez, na “Barra de Menus Superior – Horizontal” há vários ícones: “Sair da Aplicação”, que fecha a aplicação, “Bloquear a sessão” que permite aceder novamente à janela de introdução da palavra-passe, salvaguardando a documentação, o ícone “Avaliação Inicial”, que apresenta o nº de processo, nome e idade do utente, assim como sucessivos campos para preencher de acordo com a seleção efetuada no “menu em árvore” (disposto à esquerda, como se apresenta na figura 3.6). Este menu contempla itens previamente definidos na parametrização do serviço/unidade (e. g. atividades de vida, antecedentes pessoais e motivo do internamento).

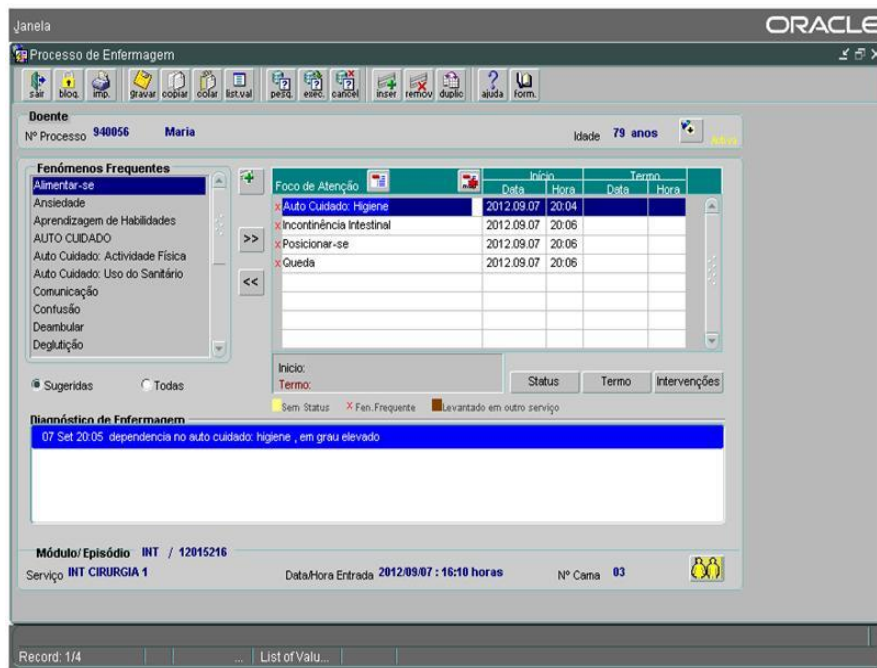
**Figura 3.6** Avaliação Inicial



Fonte: SAPE

Voltando à descrição da “Barra de Menus Superior – Horizontal”, através do ícone “Processo de Enfermagem” acede-se a uma janela que além dos dados comuns às janelas anteriores tem um painel à esquerda onde se encontram dispostos os fenómenos mais frequentes (definidos anteriormente na parametrização do serviço/unidade) - figura 3.7.

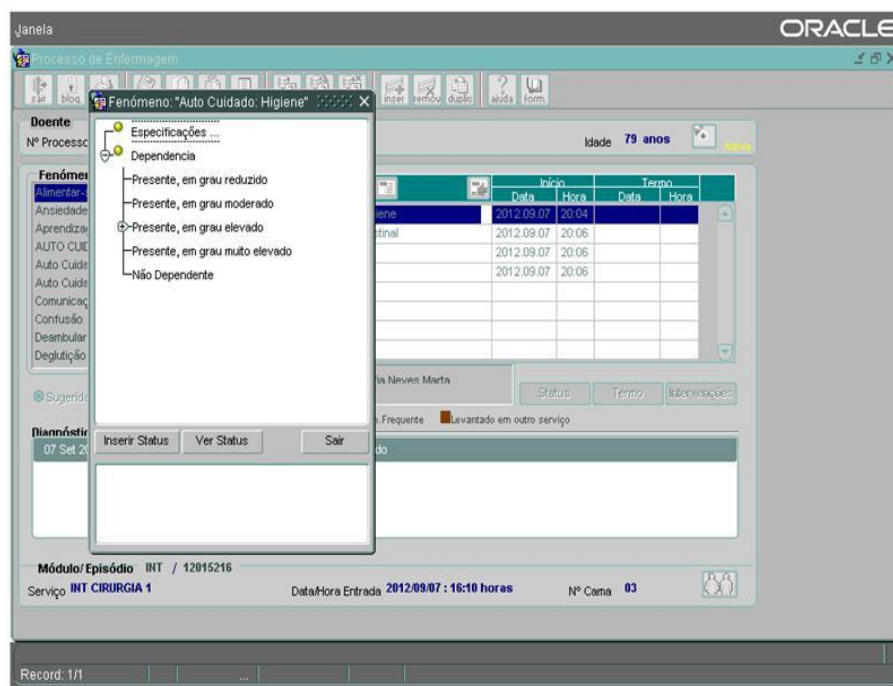
**Figura 3.7** Processo de Enfermagem



Fonte: SAPE

Na mesma janela, do lado direito situa-se um quadro onde se encontram os focos de atenção detetados pelos enfermeiros, compreendendo um painel onde consta a data e hora de início e termo dos mesmos. Próximo do canto inferior direito deste painel situam-se três botões: “*Status*”, “*Termo*” e “*Intervenções*”. Na região inferior desta janela encontra-se um campo que integra o “*Diagnóstico de enfermagem*”, ou seja, o fenómeno associado a um qualificador (termo do eixo da CIPE). Clicando sobre o botão “*Status*” abre-se uma caixa de diálogo onde existe o ícone “*Especificações*”, clicando sobre este, expõe-se um “*menu em árvore*” correspondente aos eixos de “*Status*” (conforme a CIPE) previamente selecionados para o “*Fenómeno de Enfermagem*”. No painel que surge após se clicar no botão “*status*”, visualizam-se outros dois botões: “*Inserir status*” e “*Ver status*”. Clicando no “*Inserir status*”, surge um painel complementar à direita, mostrando as especificações propostas.

**Figura 3.8** Inserção de *Status*



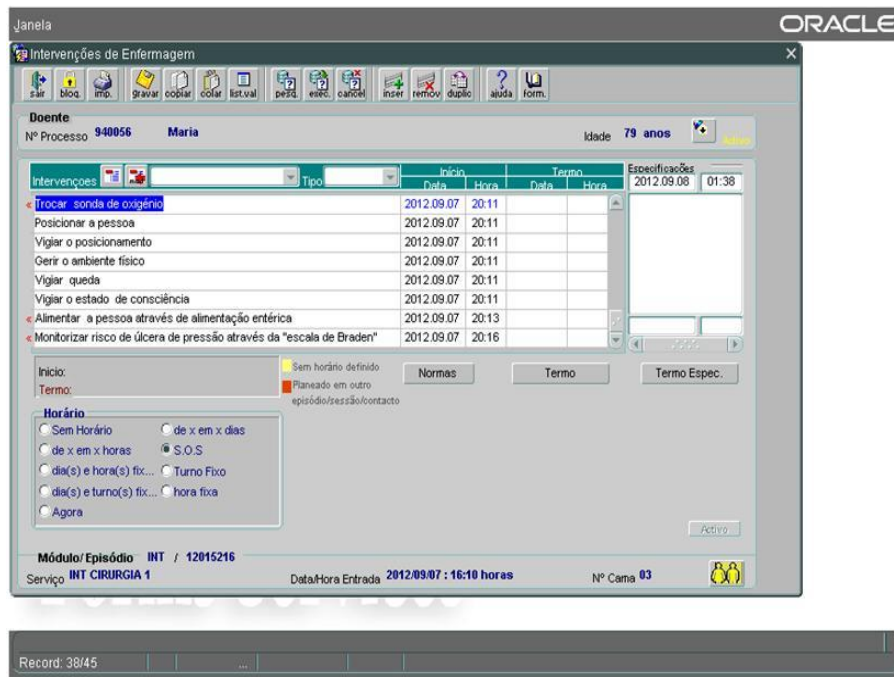
Fonte: SAPE

O objetivo desta janela é a atribuição do “*Status*” com vista à construção do “*Diagnóstico de enfermagem*”, desta forma, existem vários painéis integradores dos eixos necessários à construção do diagnóstico. Após construído o “*Status*”, este pode ser visualizado na parte inferior da janela inicial do “*Processo de Enfermagem*”, bem como no botão “*Ver Status*”. Voltando ao “*Processo de Enfermagem*”, clicando sobre o botão

“Termo” determina-se que um dado foco deixa de estar ativo a partir daquele momento (data e hora de termo é inscrita automaticamente a vermelho pelo sistema).

O botão “Intervenções” proporciona a abertura de outra janela, mostrando as “Intervenções” com data e hora de início e termo. A mesma janela permite ver as especificações relativas às “Intervenções de Enfermagem” com data e hora.

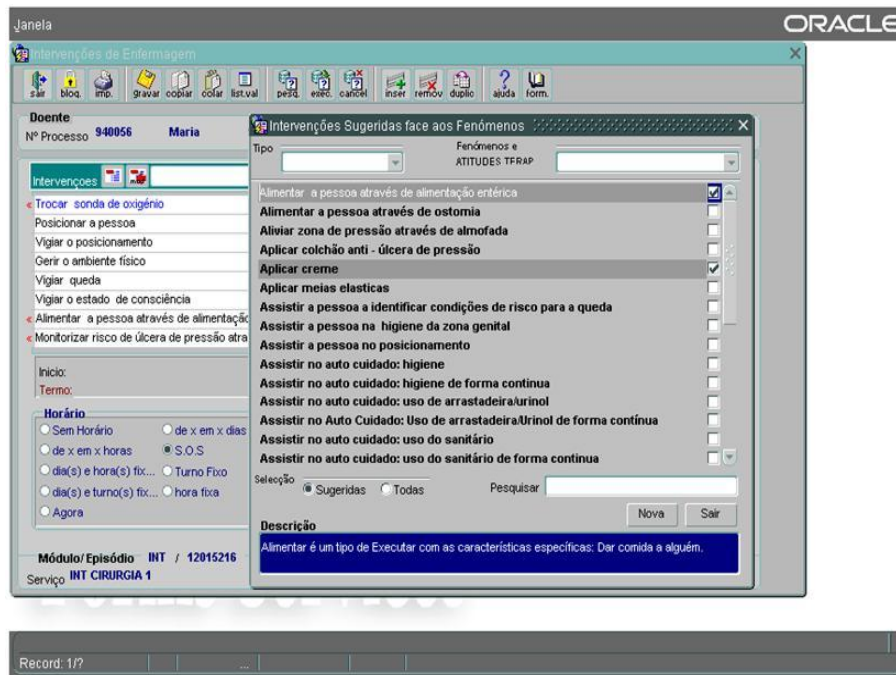
Figura 3.9 Intervenções de Enfermagem



Fonte: SAPE

Relativamente às “Intervenções”, este botão permite inserir intervenções para cada um dos focos de atenção, assim como a frequência da monitorização, com data e hora, de cada intervenção e a possibilidade de selecionar o horário de cada intervenção. No canto superior esquerdo encontra-se um ícone nomeado “Intervenções”, que quando selecionado abre uma nova janela. Nesta pode visualizar-se as intervenções sugeridas face ao fenómeno ou todas as intervenções existentes na aplicação. Pode-se ainda selecionar o “fenómeno”, na caixa branca da direita, no qual é possível traçar novas intervenções ou selecionar intervenções já existentes em função do tipo de ação (figura 3.10).

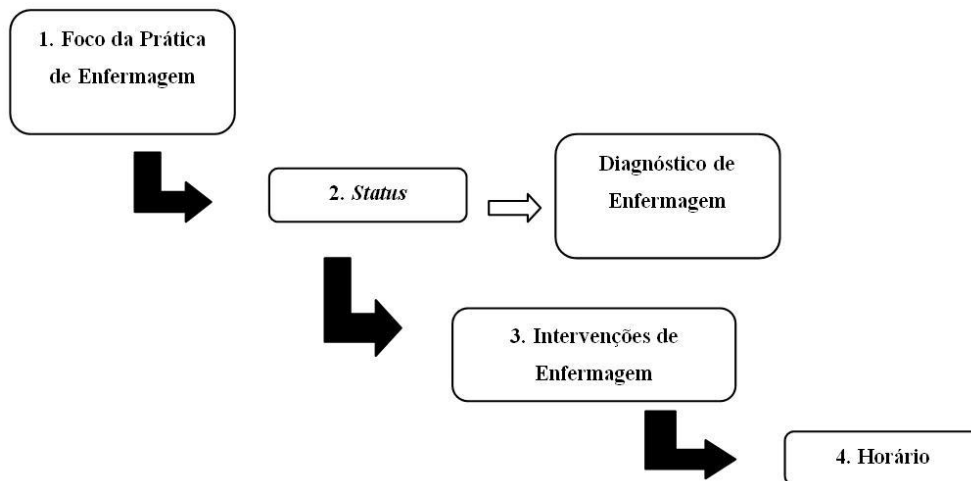
**Figura 3.10** Intervenções Sugeridas face aos Fenómenos



Fonte: SAPE

De forma geral, durante a utilização do SAPE, aquando da constituição/atualização do Processo de Enfermagem deve ter-se em consideração a seguinte sequência:

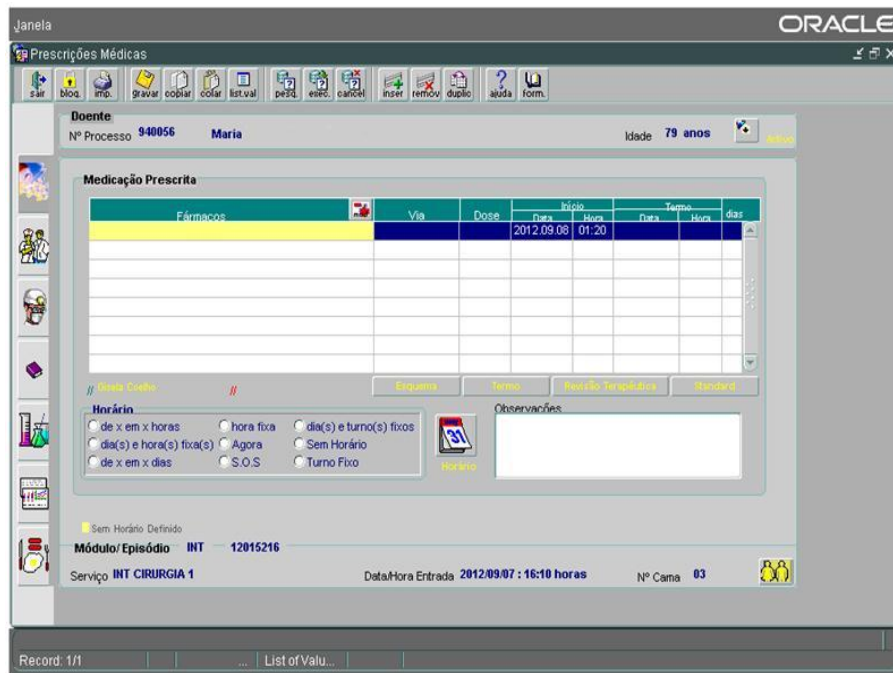
**Figura 3.11** Processo de Enfermagem no SAPE



Fonte: Adaptado de Cunha e Mota (2007: 88)

No seguimento da “Barra de Menus superior” que se dispõe horizontalmente na aplicação SAPE, surge o ícone “Prescrições Médicas”, clicando, surge a respetiva janela do utente selecionado (ver figura 3.12).

Figura 3.12 Prescrições Médicas



Fonte: SAPE

A “barra de ferramentas horizontal do ícone “Prescrições Médicas” dispõe de vários ícones, descritos na figura 3.13, que permitem executar diversas funções: “Sair”; “Bloquear Sessão”; “Imprimir”; “Gravar”; “Copiar”; “Colar”; “Lista de Valores”; “Pesquisar”; “Executar Pesquisa”; “Cancelar Pesquisa”; “Inserir”; “Remover”; “Duplicar”; “Ajuda”; “Formação”.

Figura 3.13 Ícones da Barra de Ferramentas Horizontal - “Prescrições Médicas”



Fonte: SAPE

Na “barra de ferramentas vertical do ícone “Prescrições Médicas” têm-se sete ícones respetivamente: “Medicação Prescrita”; “Atitudes Terapêuticas”; “Standards Cirúrgicos”; “Standards por Afeção de Sistemas”; “Colheita de Espécimes”; “Preparação para Exames”; “Diets”. Cada um permite o acesso a janelas de utilização distintas.

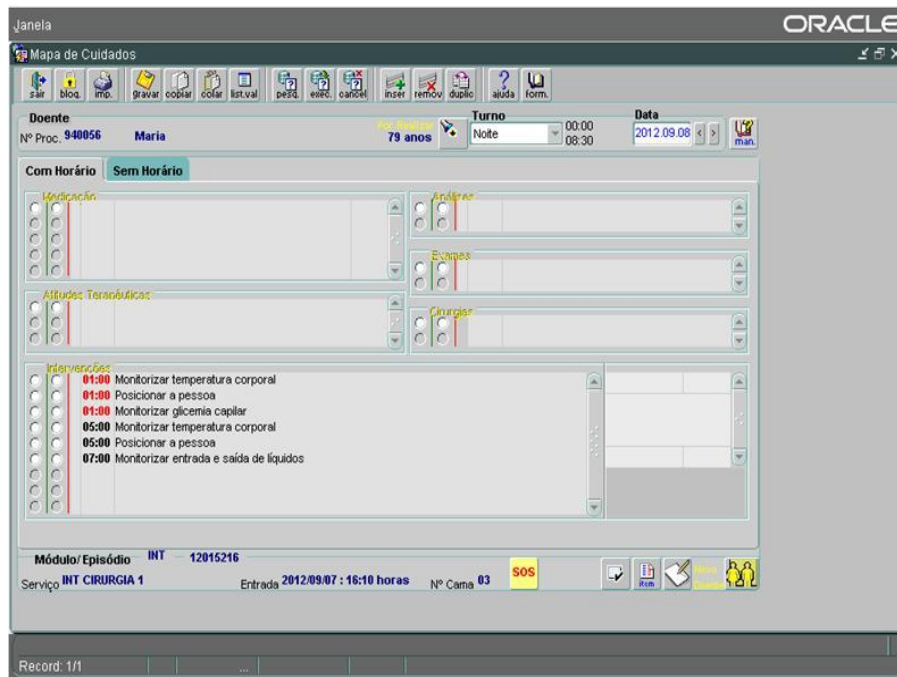
**Figura 3.14** Ícones da Barra de Ferramentas Vertical - “Prescrições Médicas”



Fonte: SAPE

O ícone “Mapa de Cuidados”, da “barra de menus superior” do SAPE, quando selecionado, surgem dois separadores: um que integra as ações “com horário”, ou seja, medicação, atitudes terapêuticas, intervenções, análises, exames e cirurgias. E outro “sem horário”, que engloba igualmente medicação, atitudes terapêuticas, intervenções, assim como dietas e identificação do turno. Existem ainda dois botões “SOS”, um para medicação – *e.g.* administração de analgésico prescrito em SOS, e outro para intervenções de enfermagem – *e.g.* voltar a puncionar acesso venoso a utente, cujo cateter periférico não estava funcionando).

**Figura 3.15** Mapa de Cuidados



Fonte: SAPE

Todas as intervenções, bem como a medicação serão validadas e consideradas como efetuadas clicando no “círculo” branco do lado esquerdo, por outro lado, quando alguma intervenção ou medicação não foi realizada clica-se no “círculo” branco do lado direito. Posteriormente, abre-se uma janela com campo de texto livre para a justificação da não realização dos cuidados, sendo obrigatório o seu preenchimento. Possui ainda um botão “Notas Gerais”, que permite o texto livre.

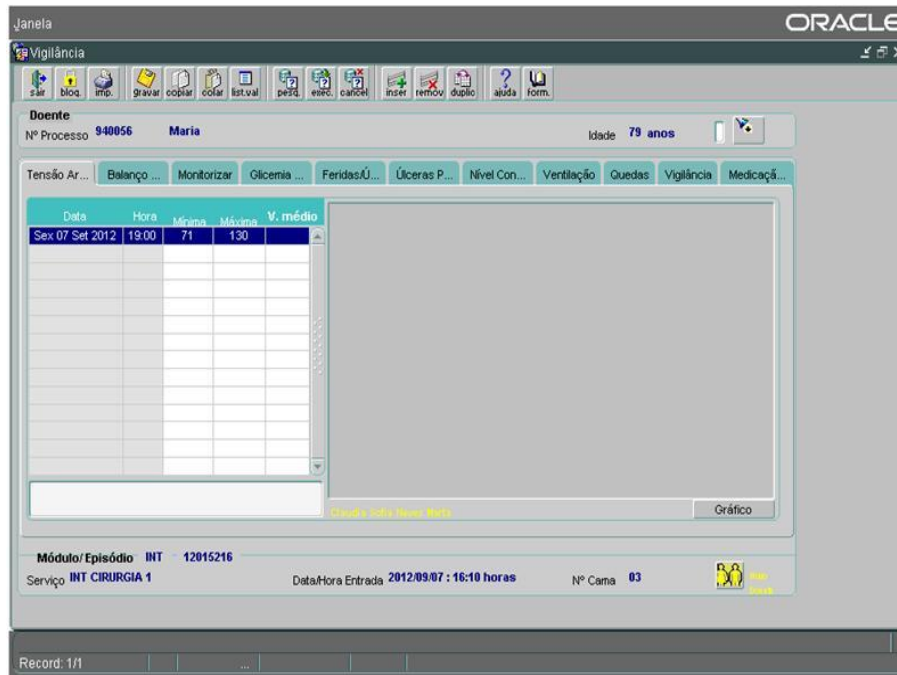
**Figura 3.16** Notas Gerais

The image shows a screenshot of a software application window titled "Notas Gerais". The window has a dark grey header bar with the Oracle logo on the right. Below the header, the window title is "Notas Gerais". The main content area is divided into two sections. The top section has a date field showing "08-09-2012" and a time field showing "02:02". Below these are several empty text input fields. The bottom section is titled "Notas Médicas" and contains three empty text input fields. At the bottom of the window, there are "Ok" and "Cancelar" buttons. A status bar at the very bottom of the application shows "Record: 1/1".

Fonte: SAPE

O ícone seguinte “Mudança de Cama”, remete-se à possibilidade do enfermeiro poder alterar na aplicação a cama do utente, ou seja, quando por motivos clínico (*e.g.* isolamento) o utente necessita de mudar de cama, o SAPE permite que essa transferência seja feita, sem recorrer aos serviços administrativos. Todo o processo clínico do utente é igualmente transferido para a nova cama, bem como todas as atitudes e intervenções já programadas para esse utente. Selecionando assim esta função, é possível visualizar uma janela com o nome do utente onde é possível verificar a cama antiga e inscrever a nova. No que toca ao ícone “Vigilância”, este permite aceder a um conjunto de parâmetros, previamente definidos, que podem ser visualizados continuamente ao longo do total de dias de internamento do utente.

Figura 3.17 Vigilância



Fonte: SAPE

Assim, clicando no ícone “Vigilância” surge uma janela que permite a consulta dos diversos parâmetros de vigilância. Podendo-se observar onze separadores: “Tensão Arterial” – registados os valores de tensão arterial que dizem respeito às avaliações efetuadas ao utente ao longo do seu internamento; “Balanço Hídrico” – registada a entrada e saída de líquidos, assim como o total e o balanço final; “Monitorizar” – nesta janela pode observar-se os parâmetros vigiados (temperatura, registo de diurese, frequência cardíaca), os valores que foram registados e o respetivo gráfico; “Glicémia Capilar” – pode observar-se os valores de glicémia do utente e o respetivo gráfico. Pode ainda visualizar-se a insulina que foi administrada; “Feridas e Úlceras” - caracterização destas, quando existentes, relativamente a dimensão, tecidos presentes, exsudado, sensibilidade e pele circundante; “Úlceras Pressão” - avaliação da pele através da Escala de *Braden* e *Norton*; “Nível de Consciência” – aqui vê-se a Escala de *Glasgow*, o registo dos valores encontrados na avaliação do utente e a data e hora de avaliação; “Ventilação” – é possível observar os parâmetros relativos ao modo ventilatório, saturação de dióxido de carbono, saturação de oxigénio, frequência respiratória, entre outros; “Quedas” - registos da avaliação do utente tendo como base a Escala de *Morse*; “Vigilância” – na caixa branca relativa às notas de enfermagem estão visíveis as intervenções de enfermagem do tipo “Vigiar” e “Medicação e Atitudes Terapêuticas” - prescrição terapêutica e atitudes terapêuticas ativas.

Os ícones seguintes, presentes na “barra de menus superior” do SAPE, são a “Alimentação”, que está associada à dieta prescrita (*e.g.* hipossalina para utente com hipertensão arterial); “Alertas”, que funciona como uma forma de colocar particularidades específicas do utente (*e.g.* utente não permite a visita da esposa); “Alergias e Alertas Médicos”, permite reportar informação importante e crucial, permitindo uma visualização rápida (*e.g.* utente alérgico à penicilina e portador de doença infetocontagiosa grave). Tem-se também a “Alta de Enfermagem”, cuja funcionalidade é permitir dar “termo” a todas as intervenções ou atitudes terapêuticas quando o utente abandona o serviço/unidade. Permite a impressão de todas as atitudes efetuadas ao utente ao longo do seu internamento, bem como da carta de enfermagem com o intuito de dar continuidade aos cuidados de enfermagem necessários. Finalmente têm-se os ícones “Ver avisos/Mensagens”; “Imprimir”; “Manuais de Apoio”, que são suficientemente explícitos. Existe igualmente o atalho “PDS” (ícone de fundo azul claro), que permite aos profissionais de saúde aceder diretamente ao Portal do Profissional (que integra a PDS), como já referido anteriormente neste trabalho, esta surge “pela mão” do Ministério da Saúde, de forma a permitir que todos os profissionais de saúde possam prestar em igualdade de circunstâncias, os cuidados necessários à saúde do utente.

O SAPE é um sistema de informação que uniformiza a utilização de linguagem classificada para os enfermeiros (através do uso da CIPE), através da informatização dos dados, facilita a comunicação e proporciona a continuidade dos cuidados. Apesar de disponibilizar informação vasta, verifica-se, através da revisão bibliográfica realizada, que essa informação não está a ser utilizada. Cabe à gestão explorar essa mesma informação, recolhendo indicadores relevantes, quer ao nível da gestão corrente (cuidados de enfermagem/custos por utente; número de enfermeiros por serviço; etc.), como a nível da qualidade de serviço que é prestada ao utente (Pinto, 2009).

### **3.1.1.1 Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem**

“O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E), desenvolvido em Portugal desde 1987, consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades de cuidados de enfermagem e produz dados, informação e conhecimento, que permite a normalização de conceitos, facilita a comunicação entre serviços e entre hospitais, induz a melhoria da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem e, sobretudo, otimiza a gestão de recursos de enfermagem

ao produzir indicadores de gestão de qualidade, de eficácia e de eficiência” (Ministério da Saúde/ACSS, 2012: 7).

A produção de dados ao longo destes últimos 25 anos, permite deter uma base de dados, centralizada na ACSS, que reúne cerca de 30.000.000 de registos de classificação, diferenciando-se nos seguintes indicadores: “Número de Dias de Internamento”; “Horas de Cuidados Necessárias”; “Horas de Cuidados Prestados”; “Horas de Cuidados Necessárias por Dia de Internamento”; “Horas de Cuidados Prestados por Dia de Internamento”; “Percentagem de Utilização”; entre outros. No dia-a-dia de uma qualquer enfermaria com a vertente de internamento do SNS, este sistema prevê o número de enfermeiros necessários para as próximas 24 horas. Este baseia-se na classificação que é efetuada, individualizada às necessidades de cada utente, com o cálculo do número de horas de cuidados necessárias para cada um, distribuindo de uma forma correta e equitativa os enfermeiros por serviço/especialidade, de acordo com as necessidades reais de cada um (Ministério da Saúde/ACSS, 2012 e Pinto, 2009).

O SCD/E atualmente encontra-se articulado com o SAPE, facilitando todo o processo. Como o plano de cuidados dos utentes se encontra informatizado (através do SAPE), esta aplicação é gerada de forma “automática”, com base nos focos/diagnósticos de enfermagem e intervenções, levantadas para cada utente fornecendo importantes dados à gestão/enfermeiros-chefes (Pinto, 2009).

## **3.2 Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem no Âmbito Hospitalar**

### **3.2.1 Conceito de “Hospital”**

O conceito de “Hospital” tem origem na palavra latina, *Hospitalis*, que provém de *hospes* (“hóspedes” ou “visitas”), uma vez que inicialmente nestes locais de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos. Contudo o hospital enquanto estrutura física tem as suas “raízes” numa época anterior à era cristã. No Egipto, Grécia e Roma Antiga, já era comum o encaminhamento do “doente” a locais específicos de tratamento, contrariando os cuidados domiciliários muito frequentes na época (Ministério da Saúde - Brasil, 1965). No caso da Babilónia, a prática da medicina começou no mercado, constituindo assim o “hospital” daquela época.

De acordo com Heródoto, citado por Ministério da Saúde - Brasil (1965: 8), na Babilónia “os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que o tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz

(...). Não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia”.

O hospital foi atravessando várias mudanças ao longo do tempo. Numa primeira fase o hospital era visto como o local de refúgio de moribundos, de loucos, de doentes contagiosos. Mais tarde, o hospital aparece como centro de tecnologia avançada, sofisticada, de alta especialização (hospitais de segunda geração), dando azo ao hospital de terceira geração, visto como serviço comunitário, aberto, sem muros, de modo a atingir a saúde para todos.

Segundo Águas (2010: 45), citando Machado, o hospital pode ser entendido, em concordância com a OMS, como “parte integrante de um sistema coordenado de saúde cuja função é disponibilizar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa como preventiva, incluindo serviços extensivos à família no seu domicílio e ainda um centro de informação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais”.

Portugal tem vários tipos de hospitais, a sua diferenciação ocorreu a partir do início deste século, como consequência da evolução, associada também ao emergir das TIC e das novas necessidades que foram surgindo, fruto de várias exigências, nomeadamente do aumento da população.

### **3.2.2 Caracterização do Hospital de Faro**

O Hospital de Faro, EPE (HF) atualmente integrado no Centro Hospitalar do Algarve, EPE, desde meados de 2013, (conjuntamente com o antigo Centro Hospital do Barlavento Algarvio e Hospital de Lagos), é um grande estabelecimento de referência do SNS português. É um hospital que tem a sua atividade centrada no utente, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde em múltiplas áreas clínicas à população da sua zona de influência; A sua estratégia de ação assenta em três eixos fundamentais (HF, 2007):

- Missão: O HF é um hospital público, com características de hospital central, cuja finalidade é elevar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e satisfazer as necessidades e expectativas dos seus utentes mediante a prestação de serviços de saúde especializados. Para isso assumem-se como vetores principais de atuação o desenvolvimento da melhoria contínua nos seguintes domínios: A motivação e o desenvolvimento profissional das pessoas que trabalham no hospital; a eficiência e o equilíbrio financeiro da gestão; a contribuição para a melhoria do Sistema Nacional de Saúde, pela cooperação e coordenação com outras organizações deste sistema;

- Visão: Quer-se ser um hospital de qualidade excelente, em permanente aperfeiçoamento profissional e técnico, capaz de lograr um alto grau de satisfação dos agentes sociais, dos profissionais que nele trabalham e, especialmente, dos seus utentes;

- Valores: Trabalho em prol dos utentes; trabalho de equipa; orientação para os resultados (ganhos em saúde); aposta na inovação; sentido de pertença; gestão participativa.

O HF iniciou a sua atividade a 4 de Dezembro de 1979, substituindo o antigo Hospital da Santa Casa da Misericórdia. O complexo hospitalar tem uma área total de 46.500 m<sup>2</sup>, encontrando-se localizado no perímetro urbano da cidade, sendo circundado pela Rua Leão Penedo, pela Avenida Calouste Gulbenkian, pela Rua Cidade de Bolama e pela Praça de Tânger (HF, 2007).

Atualmente é o hospital de referência do sotavento algarvio, servindo uma população residente de cerca de 253 mil pessoas, podendo este valor populacional duplicar ou triplicar sazonalmente. Oferece um serviço público instituído, organizado e administrado a pensar na população e na prestação de cuidados médicos diferenciados a doentes agudos. Ao longo dos anos houve alteração na sua estrutura e organização, mudando a capacidade de resposta assistencial com acréscimo dos níveis de complexidade e de subespecialização nos serviços, oferecendo atualmente uma capacidade de 459 camas de adultos, 56 camas pediátricas e 40 berços para recém-nascidos – dados de 2011 (HF, 2012).

Relativamente à sua atual composição, o HF engloba diversos Departamentos/Serviços (dados de 2012):

- Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (que inclui a Urgência Geral, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) e Unidade de Cuidados Intermédios);

- Departamento de Medicina (que inclui a Cardiologia, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Fisiatria, Gastrenterologia, Medicina 1, Medicina 2, Medicina 3, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia e Unidade de Cuidados Paliativos);

- Departamento de Cirurgia (que inclui o Bloco Operatório, Cirurgia 1, Cirurgia 2, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Estomatologia, Ginecologia, Oftalmologia,

Ortopedia 1, Ortopedia 2, Otorrinolaringologia, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Urologia);

- Departamento Materno-Infantil (inclui a Obstetrícia, Urgência de Obstetrícia, Pediatria, Urgência de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos);

- Departamento de Relações Exteriores e Apoio aos Utentes (do qual fazem parte o Gabinete de Apoio e Informação do Serviço de Urgência, Gabinete de Comunicação e o Gabinete Sim-cidadão);

- Serviços Clínicos (que incluem a Anatomia Patológica, Anestesiologia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Patologia Clínica, Psiquiatria e Saúde Mental e o serviço de Saúde Ocupacional);

- Serviços de Apoio à Clínica (do qual fazem parte o Aprovisionamento, Área Hoteleira, Assistência Espiritual e Religiosa, Centro de Formação, Dietética e Nutrição, Gabinete de Estatística, Gabinete de Informática, Gabinete Jurídico, Gestão Documental, Psicologia, Recursos Humanos, Serviços Farmacêuticos, Serviços Gerais, Serviço Instalações e Equipamentos, Serviço Social e os Serviços Financeiros);

- Comissões (Comissão de Controlo Infeção Hospitalar, Comissão de Coordenação Oncológica, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Ética, Comissão de Altas, Comissão Técnica de Certificação de Interrupção Voluntária da Gravidez e a Comissão de Feridas).

As Consultas Externas funcionam igualmente dentro do complexo hospitalar, permitindo o estudo e seguimento dos doentes referenciados pelos Centros de Saúde, serviços de Internamento ou Urgências. No topo de um dos edifícios do complexo, está situado um heliporto para dar resposta aos casos urgentes. Encontram-se ainda também instalados no complexo hospitalar, a Administração e os Serviços Administrativos.

Num edifício independente ao complexo, situado junto à Escola Superior de Saúde de Faro da UALG, está instalado o Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e respetivos serviços de apoio, formando um único núcleo hospitalar.

De uma forma geral, apresentam-se alguns dados relativos ao balanço anual da Atividade Assistencial dos Departamentos/Serviços do HF:

**Quadro 3.1** Atividade Assistencial Anual do HF – Dados de 2012

<b>Atividade Assistencial Anual</b>	<b>Total</b>
Atividade Cirúrgica	7.320
Atividade Cirúrgica Ambulatória	2.947
Consultas Externas	185.157
Episódios de Urgência	73.204
Hospital de Dia - Tratamentos	18.191
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	1.707.282
Partos	2.526
Taxa de Ocupação (Internamento)	81,41%

Fonte: Adaptado de HF (2013)

Os RH são o conjunto de pessoas empregadas na organização, ou que colaboram com a mesma, sendo uma das componentes mais importantes e fundamentais para o bom funcionamento de qualquer unidade de saúde. No HF, isso não é exceção, encontrando-se distribuídos em grupos profissionais da seguinte forma:

**Quadro 3.2** Recursos Humanos do HF - Dados de 2012

<b>Grupos Profissionais</b>	<b>N.º de Funcionários</b>
Assistentes Operacionais	608
Assistentes Técnicos	275
Dirigentes (Superiores e Intermédios)	13
Enfermeiros	816
Médicos	424
Pessoal de Informática	16
Pessoal Docente	1
Pessoal Religioso	1
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	172
Técnicos Superiores	117
<b>Total</b>	<b>2443</b>

Fonte: Adaptado de HF (2013)

### **3.2.3 SAPE no Hospital de Faro: da Implementação à Atualidade**

A introdução de uma nova ferramenta para descrever e documentar as práticas de enfermagem, que são dinâmicas e progressivas, requer um trabalho de desenvolvimento sistemático por parte de uma equipa de profissionais que integre elementos do serviço de informática e peritos em enfermagem.

No caso do HF, assim que foram reunidas as condições básicas para tal, foi desenvolvido o projeto para a implementação do SAPE. Este teve início no primeiro

semestre de 2005, tendo sido deliberado pelo Conselho de Administração a implementação do projeto nas seguintes fases (HF: Circular Normativa n.º 31/05 de 6 de Maio de 2005):

- Escolha de quatro serviços-piloto;
- Formação de “enfermeiros-parametrizadores” da CIPE/SAPE (primeira etapa entre 4 e 7 de Abril de 2005 e a segunda etapa entre 2 e 6 de Maio de 2005);
- Início da fase experimental (no final da última formação de “enfermeiros-parametrizadores”);
- Formação de todos os enfermeiros que integram os serviços-piloto (até Julho de 2005);
- Avaliação do projeto até ao fim do ano de 2005 e alargamento do mesmo a outros serviços de internamento do Hospital.

Após a escolha dos quatro serviços-piloto: Medicina 2, Cirurgia 2, Nefrologia e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e após a formação das parametrizadoras do CIPE/SAPE: Enf.<sup>a</sup> Otília Pires, Enf.<sup>a</sup> Cidália Faísca e Dra. Célia Santos (serviço de informática), iniciou-se a formação dos enfermeiros dos serviços-piloto entre Maio e Julho de 2005 pelas parametrizadoras.

No final de Julho de 2005 todos os enfermeiros dos serviços-piloto tinham recebido formação sobre CIPE/SAPE.

Com a Circular Normativa n.º 88/05 de 5 de Agosto de 2005, definem-se as datas do início experimental e oficial nos serviços-piloto. São também oficialmente nomeados os participantes do projeto: Enf.<sup>a</sup> Diretora Irene Cardoso, como coordenadora e responsável pela implementação do projeto; Enf.<sup>a</sup> Supervisora Otília Pires, Enf.<sup>a</sup> Chefe Cidália Faísca como formadoras e parametrizadoras do hospital; Enf.<sup>a</sup> Chefe Filomena Martins, como formadora; Dra. Célia Santos, como formadora parametrizadora, responsável pela aplicação informática e interligação com o IGIF; Enf.<sup>as</sup> Chefes Isabel Higinio, Cidália Faísca, Filomena Martins e a Enf.<sup>a</sup> Especialista Emilianita Martins, em colaboração com os enfermeiros dos respetivos serviços que participaram na formação de parametrizadores da CIPE/SAPE, como responsáveis pela implementação da aplicação nos respetivos serviços participando na parametrização dos padrões específicos de cada serviço.

Na alínea final desta Circular Normativa (supracitada), ficou ainda deliberado a realização de reuniões periódicas entre a Enf.<sup>a</sup> Diretora e os diferentes intervenientes para acompanhamento e avaliação do processo.

O início experimental nos serviços-piloto aconteceu assim a 18 de Agosto de 2005, utilizando-se o SAPE e o suporte papel em simultâneo, aquando dos registos de enfermagem. O início oficial deu-se a partir de Outubro de 2005 (nos serviços-piloto), onde deixaram de existir definitivamente registos de enfermagem em suporte papel. Em Novembro de 2005, o serviço de Oncologia resolve aderir ao projeto por iniciativa própria, rejeitando de imediato os registos em suporte papel.

A segunda fase da implementação do projeto inicia-se em Janeiro de 2006 com a formação de seis enfermeiros de cada um dos seguintes serviços: Medicina 1, Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia, Pediatria, Ortopedia 1/Fisiatria, Ortopedia 2/Neurologia/Neurocirurgia e Cirurgia 1/Urologia. Em cada um destes serviços, os enfermeiros já formados (seis de cada serviço), fizeram formação aos restantes elementos da equipa. Estas formações decorreram entre Fevereiro e Abril de 2006.

Em Abril foram colocados à disposição dos serviços mais computadores e em Maio iniciou-se o início experimental dos mesmos. A partir do dia 1 de Junho de 2006, tornaram-se oficiais os registos eletrónicos sem suporte papel.

Ainda durante o mês de Junho de 2006, iniciou-se o processo de formação a oito enfermeiros de cada um dos seguintes serviços: Pneumologia, Psiquiatria, Gastroenterologia; Obstetrícia e restantes especialidades cirúrgicas. Esses enfermeiros ficaram responsáveis pela formação aos restantes elementos da equipa de enfermagem dos respetivos serviços.

No final de Outubro de 2006, o SAPE tinha sido adotado pelos seguintes serviços do Hospital: Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia; Medicina 1; Medicina 2; Pediatria; Ortopedia 1/Fisiatria; Ortopedia 2/Neurologia/Neurocirurgia; Obstetrícia; Cirurgia 1/Urologia; Cirurgia 2/Cirurgia Plástica e restantes especialidades cirúrgicas; Nefrologia; Oncologia; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Gastroenterologia; Pneumologia e Psiquiatria.

Ainda em Outubro de 2006, sai a Circular Normativa n.º 46/06 de 20 de Outubro de 2012, que vem revogar a Circular Normativa n.º 88/05 de 5 de Agosto de 2005, já

referida anteriormente. Esta circular de 2006 vem oficializar a criação do “Núcleo de Apoio e Desenvolvimento do CIPE/SAPE”.

Entre 2007 e 2008 foram realizadas duas formações por ano aos enfermeiros em período de integração que entravam no hospital, pelo “Núcleo de Apoio e Desenvolvimento do CIPE/SAPE”. Nos anos que se seguiram, essas foram suspensas, mantendo-se apenas a formação interna (dada entre colegas nos serviços/especialidades) e a formação ocasional dada pelo Centro de Formação, Investigação e Conhecimento (CFIC) do HF, seguem-se as mesmas, sucinta e cronologicamente representadas no quadro 3.3.

**Quadro 3.3** Formações Realizadas pelo CFIC do HF - SIE

<b>Ano</b>	<b>Formações realizadas pelo CFIC do HF (relativamente a SIE):</b>
<b>2006</b>	- “CIPE/SAPE” (4 sessões); - “SCD/E” (2 sessões); - “SCD/E para enfermeiros-chefes” (1 sessão).
<b>2007</b>	- “A tecnologia ao serviço da saúde: CIPE/SAPE” (1 sessão); - “CIPE/SAPE” (1 sessão).
<b>2008</b>	- “CIPE/SAPE” (4 sessões).
<b>2009</b>	- “CIPE/SAPE” (2 sessões); - “SCD/E” (1 sessão).
<b>2010</b>	- “CIPE/SAPE” (3 sessões); - “SCD/E” (2 sessões).
<b>2011</b>	(Não houve qualquer formação no âmbito dos SIE no HF)
<b>2012</b>	- “SCD/E” (1 sessão).
<b>2013</b>	- “SCD/E” (2 sessões); - “CIPE/SAPE” (1 sessão).

Fonte: CFIC do HF

Como se pode verificar no quadro supracitado, desde 2010 que são realizadas formações, pelo CFIC do HF, com menor frequência, sobre o aplicativo informático SAPE. Contudo, soube-se, através da informação recolhida das entrevistas não-estruturadas, que tem sido realizada formação “não-oficial” intra-serviços/especialidades aos enfermeiros que iniciam funções no hospital.

Até 2009, aderiram ao SAPE os restantes serviços/especialidades, encontrando-se este atualmente implementado nos seguintes serviços/especialidades:

- Bloco Operatório Central (na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos); Cardiologia; Cirurgia 1; Cirurgia 2; Cirurgia Plástica; Dermatologia; Doenças Infeciosas; Fisioterapia; Gastroenterologia; Ginecologia; Medicina 1; Medicina 2; Medicina 3; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Obstetrícia; Oftalmologia; Oncologia; Ortopedia 1; Ortopedia 2; Otorrinolaringologia; Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria; Unidade de AVC; Unidade de Cirurgia de Ambulatório (Recobro); Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiologia; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente; Unidade de Cuidados Intermédios; Unidade de Cuidados Paliativos; Urgência Geral (Sala de Observações); Urgência de Obstetrícia (Sala de Observações); Urgência de Pediatria (Sala de Observações); Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade; e Urologia.

O SAPE no HF encontra-se neste momento implementado em todos os serviços com a vertente de internamento, à exceção da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos. Prevê-se a implementação do SAPE no âmbito das consultas externas do HF.

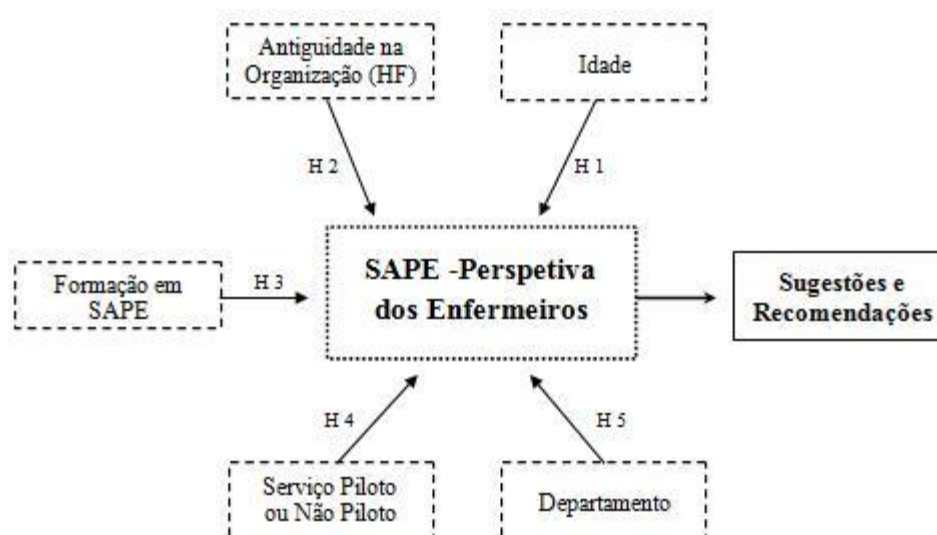
No âmbito do processo de documentação em enfermagem, a parametrização dos padrões específicos de cada serviço/especialidade, requer um acompanhamento sistemático e uma dinâmica potenciadora de um cada vez mais e melhor ajuste à realidade concreta de cada serviço. Tendo o “Núcleo de Apoio e Desenvolvimento do CIPE/SAPE” sido extinto, existe atualmente apenas a “Comissão de Parametrizadores do CIPE/SAPE” que está responsável por todo o desenvolvimento do SAPE neste contexto.

## Capítulo 4. METODOLOGIA

A metodologia da investigação é uma fase fulcral; permite delinear os trâmites sobre os quais se vão atingir os objetivos do estudo, esta etapa constitui o traço característico da ciência, na qual “sem uma, dificilmente pode existir a outra” (Moreira, 2007: 9). A ciência é constituída por proposições e enunciados correlacionados hierarquicamente, comprovados pela pesquisa empírica; o aspeto técnico da ciência relaciona-se com a escolha metodológica que indica a melhor forma de se trabalhar (Marconi e Lakatos, 2000).

Este estudo propõe avaliar a perspectiva dos utilizadores – enfermeiros sobre o SAPE, recolher sugestões e constrangimentos. Neste contexto desenhou-se um estudo exploratório no HF estruturado em torno das hipóteses ilustradas na figura 4.1.

Figura 4.1 Diagrama Metodológico



Fonte: Elaboração Própria

Desta forma admitem-se as seguintes hipóteses:

H1 – O grupo etário condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE;

H2 – A antiguidade na organização (HF) condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE;

H3 – A formação condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE;

H4 – Ser-se um serviço piloto ou não piloto (aquando da implementação), condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE;

H5 – O departamento em que se está inserido, condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE;

#### **4.1 Métodos e Técnicas**

Ainda que muitas vezes utilizados enquanto sinónimos, os conceitos “Métodos” e “Técnicas” têm significados diferentes. As Técnicas de Investigação são procedimentos bem definidos, destinados a produzir determinado resultado, inclui *e.g.* a recolha e tratamento da informação necessária à atividade de pesquisa. Por sua vez, os Métodos são os caminhos científicos percorridos através das múltiplas investigações que levaram a conhecimentos estruturadores de uma matriz teórica (Almeida e Pinto, 1995). Assim sendo percebe-se que o Método é o trajeto que guia a investigação e que as Técnicas são os instrumentos que otimizam a recolha de dados e tratamento dos mesmos.

##### **4.1.1 Desenho de Investigação**

Este trabalho guia-se por um desenho de investigação de carácter observacional, enquadrando-se num tipo de estudo de nível I - “descritivo e/ou exploratório”, uma vez que procura explorar e descrever fenómenos e/ou características de uma população, comparando grupos (Fortin *et al.*, 2009), no qual se utilizou a triangulação de dados quantitativos e qualitativos; neste caso, através de um estudo de caso debruçado sobre a perspetiva dos enfermeiros do HF sobre o SAPE, identificando relações e analisando e realçando os resultados de forma descritiva.

Os estudos exploratórios “desempenham um papel capital para o próprio investigador: familiarizá-lo com o assunto a estudar e com as situações em que o fenómeno se produz, permitir-lhe fazer o inventário das variáveis suscetíveis de entrar em jogo (...) combina, portanto, criatividade e rigor” (Ketele e Roegiers, 1993: 117).

Por outro lado, trata-se de uma investigação na qual se utilizou a triangulação de dados quantitativos e qualitativos, uma vez que se obtém a perspetiva e/ou descrição acerca de pontos de vista, opiniões, sentimentos e crenças, de uma pessoa, neste caso de um enfermeiro, dentro de determinados parâmetros (Moreira, 2007 e Hicks, 2006). Após a recolha dos mesmos, os dados foram analisados e os resultados realçados de forma descritiva.

#### **4.1.1.1 O Meio**

Este estudo foi conduzido em meio/ambiente natural, ou seja, fora de laboratórios ou locais controlados e sem restrições por parte do investigador (Fortin *et al.*, 2009; Fortin, 2006 e Hicks, 2006).

Uma vez que se pretendia com este estudo perceber a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE, optou-se por escolher uma unidade de saúde, que utilizasse este SIE. A escolha recaiu sobre o hospital do SNS de referência da região do Algarve: o HF, visto que é uma organização que possui o SAPE implantado em vários serviços/especialidades de prestação de cuidados, constituindo um local com boas condições e fontes de pesquisa.

Para a aplicação do pré-teste, o meio escolhido foi o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (CHBA).

#### **4.1.1.2 População Alvo e Processo de Amostragem**

Em estatística, contrariamente à definição lata “conjunto de seres humanos” (que vulgarmente se conhece), o termo população, tem um significado mais amplo referindo-se a qualquer conjunto de objetos socialmente relevantes (Moreira, 2007).

A população e/ou universo deste estudo são os enfermeiros que exercem funções no HF, que, (segundo dados de Outubro de 2012), perfazem um total de 813 indivíduos. Contudo, nem todos os enfermeiros que exercem funções no HF são utilizadores do SAPE, característica principal do estudo.

Definiu-se uma população-alvo, constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos e para os quais o investigador deseja fazer generalizações (Fortin, 2006). Desta forma, foram apenas escolhidos para o estudo enfermeiros do HF utilizadores do SAPE, dada a impossibilidade de trabalhar com todos eles, devido ao elevado número, foram selecionados apenas os enfermeiros de oito serviços/especialidades em particular, delimitando a população-alvo do estudo:

- Os serviços/especialidades Medicina 2, Cirurgia 2, Nefrologia e UCIP, selecionados por terem feito parte do grupo de “serviços piloto” aquando da implementação do SAPE no HF em 2005;

- Os serviços/especialidades Medicina 1, Cirurgia 1, Ginecologia e Serviço de Urgência Geral, que, ainda que tenham implementado o SAPE mais tarde, foram

selecionados por possuírem características semelhantes aos três serviços do grupo piloto, sendo os serviços/especialidades, passíveis de comparação.

Perfez-se assim no total, uma população-alvo de 271 enfermeiros. Tratando-se de uma população finita e algo limitada, define-se a amostra tendo em conta três critérios essenciais:

- Aproximação da população à distribuição normal com correção para amostras finitas;
- Estratificação por serviço/especialidade, o processo de estratificação admitiu oito grupos;
- Garantir um número suficiente de observações por serviço passível de oferecer significância estatística.

De acordo com Fortin *et al.* (2009), a amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de indivíduos que possuem as características da população.

Em investigação, recorre-se à amostragem pelos seguintes motivos: representatividade; aprofundamento e rigor (menor complexidade organizativa permite concentrar recursos no controlo de qualidade do estudo); diminuição do tempo para a recolha e elaboração dos dados; diminuição dos custos. Contudo, deve ter-se em consideração que apesar de existirem várias vantagens em trabalhar com amostras, este método não é isento de problemas. A indagação por amostragem confere apenas uma estimativa, ou seja, um valor aproximado, não fornecendo o valor exato do parâmetro que se quer conhecer (Moreira, 2007).

Neste estudo, a seleção dos enfermeiros constituintes de cada uma das sub amostras, foi efetuada através do método de amostragem por conveniência - não probabilística (elementos facilmente acessíveis e presentes num determinado momento).

A amostragem não probabilística é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem por conveniência, por sua vez, é formada por indivíduos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, neste caso, em determinado serviço/especialidade num momento preciso e vão sendo incluídos no estudo até que a amostra atinja o tamanho desejado (Fortin, 2006).

Para calcular o número de enfermeiros necessários para cada amostra, de cada um dos oito serviços/especialidades constituintes da população-alvo, utilizou-se o “cálculo da amostra por aproximação à distribuição normal”.

Desta forma, em cada serviço/especialidade, foi solicitado o preenchimento dos questionários por um número mínimo de enfermeiros (perfazendo 199 enfermeiros no total), de forma voluntária:

- No serviço Cirurgia 1, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 22 enfermeiros, num total de 30 enfermeiros;

- No serviço Cirurgia 2, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 23 enfermeiros, num total de 31 enfermeiros;

- No serviço/especialidade Ginecologia, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 10 enfermeiros, num total de 14 enfermeiros;

- No serviço Medicina 1, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 27 enfermeiros, num total de 36 enfermeiros;

- No serviço Medicina 2, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 23 enfermeiros, num total de 31 enfermeiros;

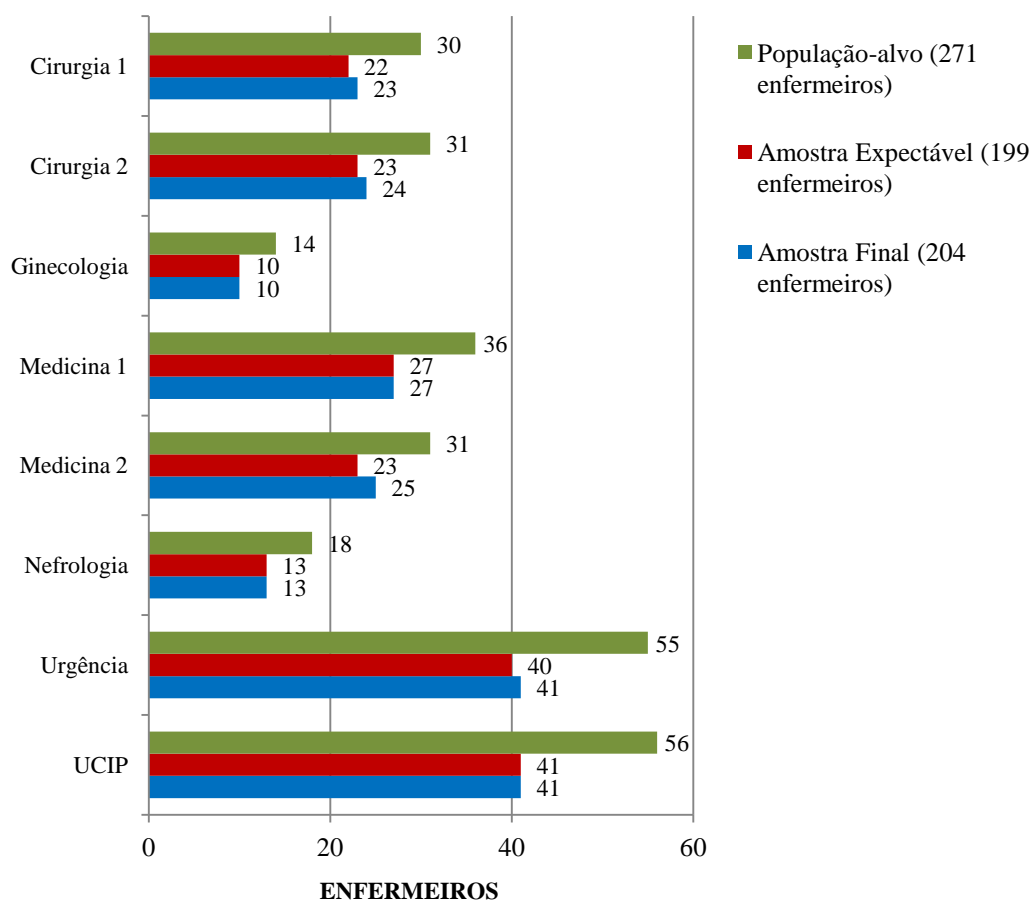
- No serviço/especialidade Nefrologia, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 13 enfermeiros, num total de 18 enfermeiros;

- No serviço de Urgência, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 40 enfermeiros, num total de 55 enfermeiros;

- Na UCIP, estipulou-se o preenchimento por um número mínimo de 41 enfermeiros, num total de 56 enfermeiros.

A amostra total, final do estudo, ficou constituída por 204 enfermeiros (ultrapassando o valor mínimo esperado e estipulado de 199 enfermeiros) dos serviços/especialidades supracitados, que voluntariamente colaboraram no estudo, respondendo ao questionário aplicado, constituindo assim, as 8 sub amostras finais (Gráfico 4.1).

**Gráfico 4.1** Composição da Amostra



Fonte: Elaboração Própria

A amostra total e final do estudo (204 enfermeiros), decompõe-se então da seguinte forma:

- Sub Amostra 1: Serviço Cirurgia 1, com a participação de 23 enfermeiros;
- Sub Amostra 2: Serviço Cirurgia 2, com a participação de 24 enfermeiros;
- Sub Amostra 3: Serviço/especialidade Ginecologia, com a participação de 10 enfermeiros;
- Sub Amostra 4: Serviço Medicina 1, com a participação de 27 enfermeiros;
- Sub Amostra 5: Serviço Medicina 2, com a participação de 25 enfermeiros;
- Sub Amostra 6: Serviço/especialidade Nefrologia, com a participação de 13 enfermeiros;
- Sub Amostra 7: Serviço de Urgência, com a participação de 41 enfermeiros;
- Sub Amostra 8: UCIP, com a participação de 41 enfermeiros.

#### **4.1.1.3 As Variáveis**

De acordo com Fortin *et al.* (2009), uma variável é um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou característica atribuída a pessoas ou acontecimentos que constituem o objeto de uma investigação.

Podem distinguir-se dois tipos de variáveis: independentes e dependentes. A variável independente exerce efeito sobre as variáveis dependentes, que podem tomar várias formas e/ou resultados. As variáveis dependentes presentes no estudo, subdividem-se em variáveis de escala (tendo-se utilizado a escala de *Likert*) e em variáveis categóricas nominais (questões abertas do questionário aplicado).

Para este estudo, consideraram-se as seguintes variáveis independentes: género; idade; habilitações literárias; categoria profissional; tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional na organização; serviço/especialidade onde exerce funções atualmente; tempo de exercício profissional no serviço/especialidade em que exerce funções atualmente; conhecimentos de informática; formação sobre o SAPE e utilização do SAPE no dia-a-dia de trabalho. Estas estão representadas no questionário (Apêndice 1), nos grupos 1, 2 e 3.

Como variável dependente tem-se a perspetiva dos enfermeiros acerca do SAPE, representada no grupo 4 do questionário.

#### **4.1.2 Recolha de Dados**

“Observar, perguntar e ler são as três ações fundamentais que estão na base das técnicas de colheita de dados” (Moreira, 2007: 153). Como estratégia de recolha de informação estruturada, o questionário é um bom instrumento, oferecendo um procedimento padronizado. O questionário foi desta forma, o instrumento de recolha de dados escolhido e aplicado na amostra deste estudo.

É importante salientar que para além do questionário, foram paralelamente realizadas algumas entrevistas não-estruturadas e *brainstormings* como forma de validação e contextualização do tema em estudo, especificamente com a Enf.<sup>a</sup> Otilia Pires (Enf.<sup>a</sup> Supervisora, já reformada), Enf.<sup>a</sup> Filomena Martins (Enf.<sup>a</sup> Chefe do Serviço de Urgência Geral e coordenadora do SCD/E no HF) e Dra. Célia Santos (Serviço de Informática do HF), que foram as responsáveis pela introdução do SAPE no HF em 2005; com o Mestre Joel Guerreiro (orientador deste estudo e antigo responsável pelo

Serviço de informática do CHBA) e com a Enf.<sup>a</sup> Isabel Basilio responsável pela formação em enfermagem, lecionada pelo CFIC do HF.

As entrevistas não estruturadas (ou “não dirigidas”) constituem muitas vezes a primeira fase da conceção de um instrumento de medida. Estas não têm questões determinantes e muitas vezes é o entrevistado que decide a direção da entrevista, manifestando livremente a sua opinião acerca do tema proposto (Fortin *et al.*, 2009).

#### **4.1.2.1 O Questionário**

O questionário foi selecionado por ser um meio que traduz os objetivos do estudo, com variáveis mensuráveis e por outro lado, porque ajuda a controlar os dados de maneira a que as informações possam ser adquiridas de forma rigorosa. O questionário permite que, através de um conjunto de respostas escritas dadas pelos participantes do estudo a um agregado de questões se recolham os dados necessários para a investigação.

Fortin *et al.* (2009: 380), defendem que o questionário “é o método de colheita de dados mais utilizado pelos investigadores (...) tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões (...) para recolher os dados, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder às suas necessidades particulares (...) nem sempre convém utilizar um questionário já existente visto que o questionário tem por objetivo recolher informação factual”.

Uma vez que não existia nenhum questionário já validado que auferisse a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE no HF, foi construído um “de raiz”. Na configuração deste questionário, através da revisão bibliográfica, analisaram-se contactou-se com questionários já existentes e aplicados anteriormente, dentro da temática dos SIE (Pinto, 2009; Lameirão, 2007; Silva, 2006 e Sousa, 2006), assim como foi pedida a colaboração de peritos da área tais como: o Mestre Joel Guerreiro, orientador neste estudo e responsável pela implementação/gestão do SAPE no CHBA; e a Enf.<sup>a</sup> Otilia Pires, uma das principais responsáveis pela introdução do SAPE no HF. A estes foi-lhes pedido que se pronunciassem sobre as várias questões do instrumento de recolha de dados criado, relativamente à linguagem utilizada, validade de conteúdo e grafismo/aparência. Após análise das sugestões de melhoria realizadas pelos peritos, chegou-se ao questionário final (Apêndice 1), sendo ainda realizado previamente um

pré-teste para que se pudesse provar a eficácia e consistência do mesmo. O questionário final ficou composto por quatro grupos, incluindo trinta e cinco questões.

**Quadro 4.1** Estrutura do Questionário

<b>Estrutura do Questionário:</b>	
<b>Grupo 1:</b> Dados Pessoais	3 questões
<b>Grupo 2:</b> Dados na Organização	5 questões
<b>Grupo 3:</b> Competências Informáticas	7 questões
<b>Grupo 4:</b> SAPE – Perspetiva dos Enfermeiros	20 questões

Fonte: Elaboração Própria

O primeiro e o segundo grupo do questionário contêm 8 questões no total, direcionadas para a caracterização da amostra; o terceiro grupo do questionário, com 7 questões (1 aberta), tem como finalidade apurar quais os conhecimentos e competências informáticas dos enfermeiros inquiridos; o quarto e último grupo do questionário, comporta 20 questões: 17 questões fechadas (nas quais foi aplicada uma escala de *Likert*) e 3 questões abertas, que focam a perspetiva dos enfermeiros sobre o SAPE.

As questões fechadas respondem diretamente às exigências do questionário, apresentando diversas vantagens: padronização do quadro de referência para os inquiridos; rapidez e comodidade de registo; centralização das respostas nas opções consideradas relevantes; facilidade na interpretação dos dados e melhor comparação das respostas e resultados. A escala de *Likert*, foi utilizada no âmbito das questões fechadas; esta é constituída por uma série de enunciados que exprimem uma perspetiva sobre determinado assunto, foi aplicada uma escala de cinco pontos entre dois extremos semânticos, em que o inquirido seleciona um deles consoante a sua opinião. É um dos formatos de resposta mais utilizado em questionários (Fortin *et al.*, 2009). Neste estudo, a este nível, foi aplicada a seguinte escala: “Discordo Totalmente”, “Discordo”, “Nem Concordo, nem Discordo”, “Concordo” e “Concordo Totalmente”, pretendendo-se compreender a opinião geral e a perspetiva dos enfermeiros acerca do SAPE, dentro de determinados trâmites. As questões fechadas, apesar das suas vantagens, comportam *handicaps*, uma vez que não permitem respostas alternativas às propostas do investigador; são demasiado sugestivas e podem assumir diferentes interpretações (Moreira, 2007). Desta forma optou-se por inserir 4 questões abertas no questionário aplicado. Ainda que em número inferior às questões fechadas, estas questões (abertas), permitem que seja partilhado outro ponto de vista, não referido ao longo do

questionário. As questões abertas “devem ser reservadas para inquéritos por questionário no âmbito de estudos exploratórios” (Moreira, 2007: 236). Estas questões foram analisadas e tratadas posteriormente através de uma análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

“Numa investigação por questionário, a análise de conteúdo é particularmente útil na fase do pré-inquérito, como é também necessária na análise das questões abertas do questionário. Sempre que o investigador não se sente apto para antecipar todas as categorias ou formas de expressão que podem assumir as representações ou práticas dos sujeitos questionados, recorrerá a perguntas abertas sendo as respostas depois sujeitas à análise de conteúdo” (Silva e Pinto, 1990: 107).

A recolha de dados através do instrumento de medida – questionário, decorreu no HF entre os dias 22 de Novembro de 2012 e 16 de Março de 2013. Após a recolha dos questionários, tratou-se do registo e codificação informática, de forma pormenorizada, ficando os mesmos disponíveis para tratamento e análise estatística.

#### **4.1.2.2 Pré-teste do Questionário**

Uma vez que o questionário foi “construído de raiz”, como já foi referido anteriormente, realizou-se um pré-teste do questionário com o intuito de avaliar a eficácia, pertinência e a aplicabilidade do instrumento de recolha de dados criado e a clareza das questões contidas no mesmo. Isto oferece ao investigador a possibilidade de realizar possíveis alterações ao questionário, de forma a torná-lo mais eficaz, aumentando a sua validade.

Para Fortin *et al.* (2009: 386), o pré-teste “é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 e 20 pessoas) da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem”.

O principal objetivo do pré-teste é avaliar a conformidade do questionário (formulação das questões e disposição). Para tal, selecionou-se uma pequena amostra de indivíduos (enfermeiros) com características idênticas à população do estudo.

A escolha para a realização do pré-teste, recaiu sobre o CHBA, tendo sido solicitado formalmente à Enf.<sup>a</sup> Diretora do mesmo, a respetiva autorização (Apêndice 2). A sua aplicação decorreu entre os dias 29 de Outubro e 12 de Novembro de 2012, junto de 30 enfermeiros dos seguintes serviços de internamento: Medicina 1 (16 enfermeiros) e Especialidades Cirúrgicas (14 enfermeiros).

O CHBA, atualmente inserido no Centro Hospitalar do Algarve, EPE, desde meados de 2013, aquando do estudo, era constituído pela Unidade de Portimão e pela Unidade de Lagos. A Unidade de Portimão, onde foi efetuado o pré-teste, entrou em funcionamento em 1999, substituindo o antigo Hospital Distrital de Portimão. Tem uma área de incidência que engloba todos os concelhos do Barlavento Algarvio, abrangendo uma população com cerca de 146.000 habitantes. Segundo dados de 2008, possui cerca de 1025 funcionários, entre os quais 497 são enfermeiros. A implementação do SAPE no CHBA iniciou-se em 2008 nos serviços Medicina 1 e Ginecologia (serviços-piloto) e até 2009 todos os serviços com a vertente de internamento tinham aderido aos registos informatizados no SAPE. Atualmente esta realidade mantém-se.

Tanto o local (CHBA), como os dois serviços desta unidade de saúde escolhida (Medicina 1 e Especialidades Cirúrgicas), foram selecionados para aplicação do pré-teste por apresentarem bastantes semelhanças com o meio e a população-alvo (enfermeiros utilizadores do SAPE do HF) deste estudo. A realização do pré-teste neste local prendeu-se também com a possibilidade de o mesmo ter sido acompanhado pelo responsável pela implementação do SAPE no CHBA, o Mestre Joel Guerreiro, orientador.

Através dos resultados do pré-teste, pode existir a necessidade de revisão de algumas das questões do questionário ou a sua sequência temática (Moreira, 2007). No entanto, após se ter aplicado o pré-teste à amostra de 30 enfermeiros do CHBA, dos serviços anteriormente citados, constatou-se que a percentagem de “não respostas” era baixa (e nula nas de escolha múltipla) e que a resposta geral dos enfermeiros inquiridos relativamente ao questionário era boa; razão pela qual se deu continuidade à sua aplicação no HF.

#### **4.1.3 Desenvolvimento e Procedimentos**

A elaboração de um trabalho de investigação pressupõe diversos passos e procedimentos, todos com importância fulcral para o desenvolvimento do mesmo.

Não é possível “fazer investigação”, sem antes se proceder à pesquisa bibliográfica, através da literatura existente, sendo este o procedimento fundamental inicial. Para tal, durante o mês de Abril de 2012 e até Junho de 2012 através dos recursos físicos e eletrónicos, nomeadamente das bibliotecas da UALG, foram consultadas diversas obras científicas e efetuadas diversas pesquisas com os “termos-

chave”, em bases de dados e motores de pesquisa, tais como: Google; Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal; Base de dados científicos da Ordem dos Enfermeiros (OE); Sapientia – Repositório Institucional da UALG; EBSCOhost e Biblioteca do Conhecimento Online (B-On). Isto permitiu adquirir a documentação base para este trabalho.

Através da pesquisa bibliográfica “o pesquisador é colocado em contacto direto com tudo o que foi escrito ou dito (...) sobre determinado assunto”, contudo “não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras” (Marconi e Lakatos, 1999: 73).

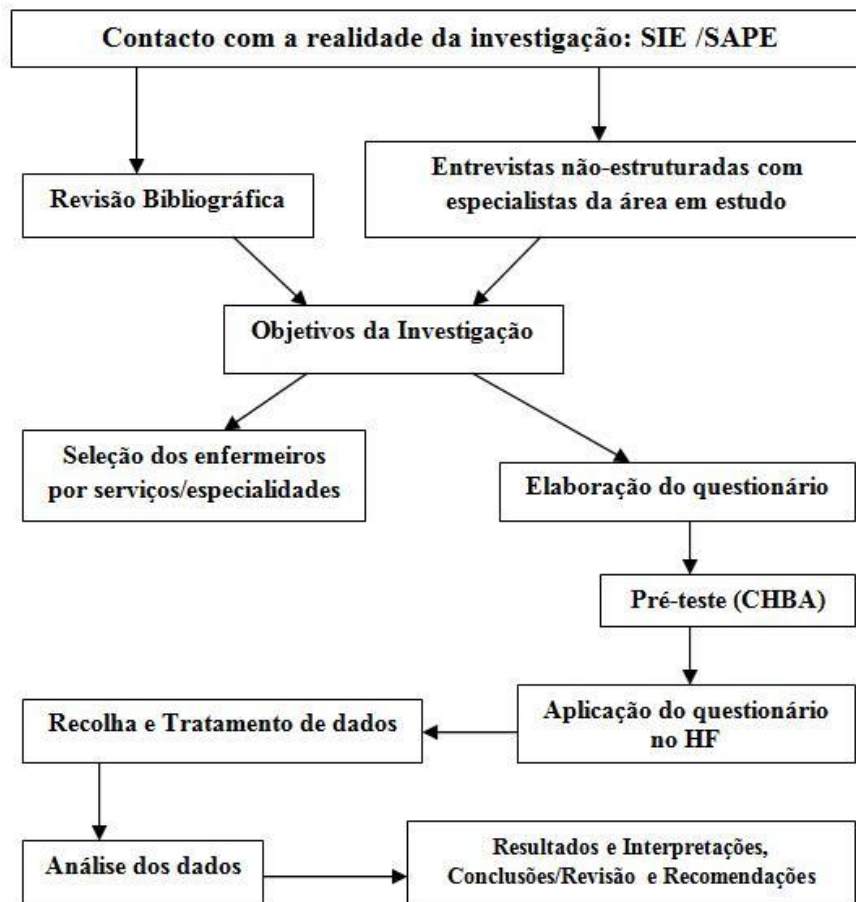
Entre Julho e Setembro de 2012, tratou-se da contextualização do estudo, através da pesquisa no *site, online*, do HF (intranet) e de entrevistas não-estruturadas com especialistas e responsáveis pelo SAPE no HF, como forma de validação do tema em apreço. Perceberam-se as influências na área dos SIE, ao nível da criação de conhecimento e realizando a síntese da teoria que suporta a temática em estudo. Foi também construído e elaborado o instrumento de recolha de dados a aplicar (questionário).

No decorrer do mês de Outubro foram contactados tanto o HF como o CHBA (este último, para a aplicação do pré-teste), através de um pedido de autorização formal (Apêndice 3 e Apêndice 2, respetivamente), com o intuito de garantir a legalidade e salvaguardar todos os princípios éticos que estão inerentes a um estudo deste âmbito. Após o consentimento das respetivas organizações de saúde, iniciou-se a aplicação do instrumento de recolha de dados. Como forma de validar o questionário, foi realizado um pré-teste, aplicado no CHBA entre 29 de Outubro e 12 de Novembro de 2012. A partir do dia 22 de Novembro de 2012 e até 16 de Março de 2013, decorreu a aplicação do instrumento de recolha de dados, propriamente dito, no HF. Durante a recolha de dados, os enfermeiros participantes do estudo, foram informados acerca dos objetivos do mesmo e foi-lhes dada a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados. Estes assinaram ainda um formulário de “consentimento livre e esclarecido” (Apêndice 4).

Ainda no final do mês de Março, até Junho de 2013 foi construída a base de dados através da introdução dos dados retirados do questionário. Foi igualmente tratada a Metodologia e no decorrer de Junho até Setembro de 2013, foi elaborada a Apresentação de Resultados. Os restantes capítulos deste trabalho de investigação foram

terminados entre Setembro e Novembro de 2013. No mês de Dezembro de 2013, foi realizada a revisão final e procedeu-se à entrega do estudo.

Figura 4.2 Procedimentos da Investigação



Fonte: Elaboração Própria

#### 4.1.4 Considerações Éticas

Toda a envolvimento da investigação aplicada a seres humanos pode ser danosa aos seus direitos e liberdades, sendo crucial a adoção de medidas que protejam as pessoas que participam nas investigações (Fortin *et al.*, 2009). Assim, durante a realização deste estudo, foram tidas em conta as seguintes considerações éticas: pedido de autorização ao Conselho de Administração do hospital visado, para recolha de dados; consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros participantes, confidencialidade e anonimato (através do não registo de informações pessoais e do não contacto face-a-face aquando do preenchimento dos questionários).

O consentimento livre e esclarecido dos enfermeiros, assim como a sua participação no estudo foi voluntária, após ter sido fornecida toda a informação sobre o mesmo. De forma a assegurar a dimensão legal do consentimento, os participantes

preencheram um formulário escrito (Apêndice 4), constituindo este o testemunho de que lhes foi fornecida toda a informação relativa ao estudo, através de uma linguagem compreensível que explicitava: a identificação da investigadora, objetivos da pesquisa, âmbito da mesma, procedimentos técnicos, duração, assim como outros esclarecimentos adicionais (Fortin *et al.*, 2009 e Moreira, 2007).

Por outro lado, tal como já foi referido anteriormente, foi sempre tida em consideração a oficialização do estudo, através de um pedido escrito prévio e formalizado (ver Apêndices 2 e 3) às organizações nas quais foi desenvolvido este estudo: o HF e o CHBA (na aplicação do pré-teste do questionário), com a finalidade de assegurar a legitimidade da investigação. Só se iniciou a recolha de dados quando foi obtido o parecer favorável das organizações.

## **4.2 Análise e Organização dos Dados**

### **4.2.1 Tratamento Estatístico**

Após a aplicação do instrumento de recolha de dados junto dos enfermeiros inquiridos, tornou-se necessário proceder ao tratamento e apresentação dos resultados. Desta forma, elaborou-se uma base de dados (matriz) e efetuou-se o tratamento estatístico dos mesmos através de meios informáticos: plataforma *SPSS (Statistical Package for the Social Science)* versão 20 e à *posteriori*, versão 21.

“O SPSS é um *software* apropriado para a elaboração de análises estatísticas de matrizes de dados (...) permite gerar relatórios tabulados, gráficos e dispersões de distribuições utilizados na realização de análises descritivas e de correlação entre variáveis” (Poucinho e Figueiredo, 2011: 5).

O tratamento dos dados foi realizado com recurso à Análise Estatística Descritiva, numa primeira fase, através de medidas de tendência central (média, moda e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão); e Análise Estatística Inferencial (através de testes não-paramétricos).

Relativamente aos testes não-paramétricos foram utilizados: o Teste de Mann-Whitney (para dois grupos), que testa a hipótese nula entre duas populações, contra uma hipótese alternativa; e o Teste de Kruskal-Wallis (é uma extensão do teste de Mann-Whitney, para mais de dois grupos). Na interpretação dos resultados dos testes não-paramétricos, o limite de significância assumido foi de  $p < 0,05$  (para um grau de confiança de 95%).

As respostas às questões abertas do questionário foram tratadas através de uma análise de conteúdo, segundo Bardin (2011).

Como forma de auxílio à compreensão e interpretação dos resultados obtidos, estes foram agrupados e apresentados em forma de gráficos e quadros. Estes “revestem-se de uma grande importância na síntese dos resultados, dado que permite ao leitor uma consulta rápida e global” (Fortin *et al.*, 2009: 473).

## Capítulo 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através dos dados recolhidos, surgem os resultados, estes remetem às hipóteses de investigação do estudo. Contudo, uma simples apresentação dos resultados não é suficiente, há que realizar uma apreciação e discussão crítica dos mesmos, realçando as evidências mais significativas e confrontando-as com os resultados de outros estudos desenvolvidos. Este capítulo é a secção mais importante de qualquer dissertação (Fortin *et al.*, 2009 e Eco, 1995).

### 5.1 Estatística Descritiva

A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas, que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. A Estatística Descritiva inclui técnicas de resumo, nas quais são aplicadas as medidas de tendência central e de dispersão. As medidas de tendência central (média, moda e mediana) informam sobre a natureza dos dados e as medidas de dispersão traduzem a variabilidade ou afastamento dos dados (Fortin *et al.*, 2009).

#### 5.1.1 Caracterização da Amostra

Nesta secção é traçado o perfil da população estudada (através da caracterização dos enfermeiros inquiridos), permitindo conhecê-la. Para tal, além da apresentação geral dos dados obtidos, foram criados ainda dois sub-grupos:

- Ao nível da Implementação:

Incluindo os Serviços/especialidades Piloto (implementação do SAPE em 2005), que englobam a Cirurgia 2, a Medicina 2, a Nefrologia e a UCIP; e os Serviços/especialidades Não piloto (implementação do SAPE nos anos seguintes), que englobam a Cirurgia1, a Medicina 1, a Ginecologia e a Urgência Geral.

- Por Departamentos:

Incluindo o Departamento de Cirurgia, que engloba a Cirurgia 1, a Cirurgia 2 e a Ginecologia; o Departamento de Medicina, que engloba a Medicina 1, a Medicina 2 e a Nefrologia; e o Departamento de Emergência, Urgência e Cuidados Intensivos (EUCI), que engloba a UCIP e a Urgência Geral.

### 5.1.1.1 Caracterização Sociodemográfica

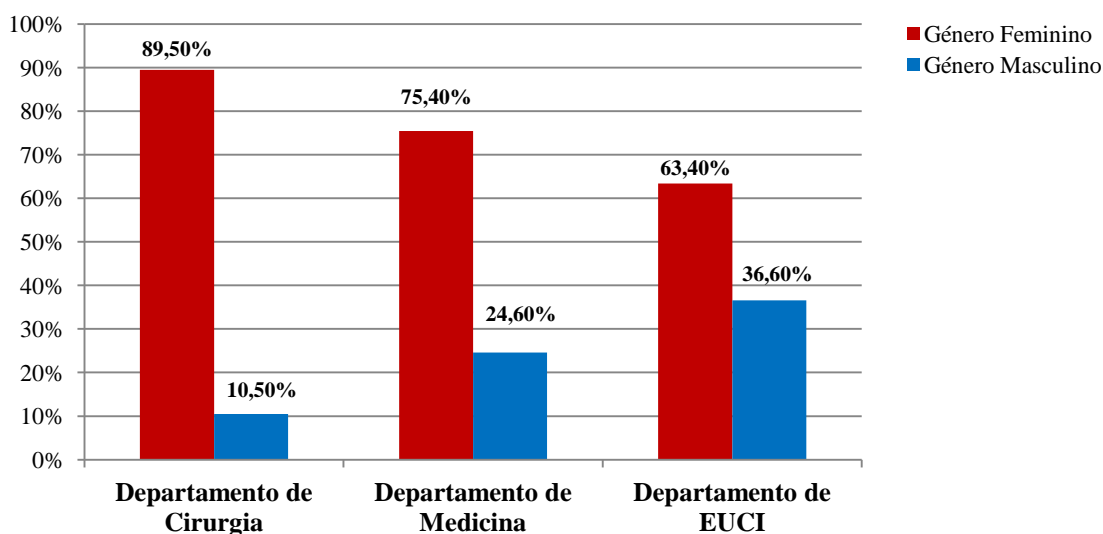
Quadro 5.1 Caraterização da Amostra por Género

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Feminino</b>	152	74,5	36,3	38,2	25	24	25,5
<b>Masculino</b>	52	25,5	14,2	11,3	2,9	7,8	14,7
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

Através do quadro 5.1, verifica-se a distribuição da amostra em termos relativos e percentuais. O género feminino predomina com 74,5%, enquanto o género masculino apenas representa 25,5% da amostra total. A moda é ser do género feminino, tal como seria de esperar no “mundo da enfermagem”, estando de acordo com os dados estatísticos apresentados pela OE (2013). De igual forma, quanto ao género, efetuou-se o estudo relativo aos dois sub grupos criados: por implementação do SAPE e por departamentos. O género feminino, mais uma vez, em ambos os sub grupos predomina, contudo verifica-se uma maior percentagem de indivíduos do género masculino no departamento de EUCI (gráfico 5.1), quando efetuada uma comparação entre “departamentos”, isso reflete-se igualmente na comparação por “implementação do SAPE”, em que existe uma maior percentagem de indivíduos do género masculino nos serviços/especialidades piloto.

Gráfico 5.1 Caraterização da Amostra por Género entre Departamentos



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente à idade, de acordo com a análise dos dados, verifica-se que os enfermeiros da amostra total têm em média 30,9 anos, com um desvio padrão de 7,5. A moda é ter-se 27 anos. Este resultado é concordante com os dados nacionais estatísticos da OE (2013). O enfermeiro inquirido mais novo tinha 21 anos de idade e o mais velho, 56 anos.

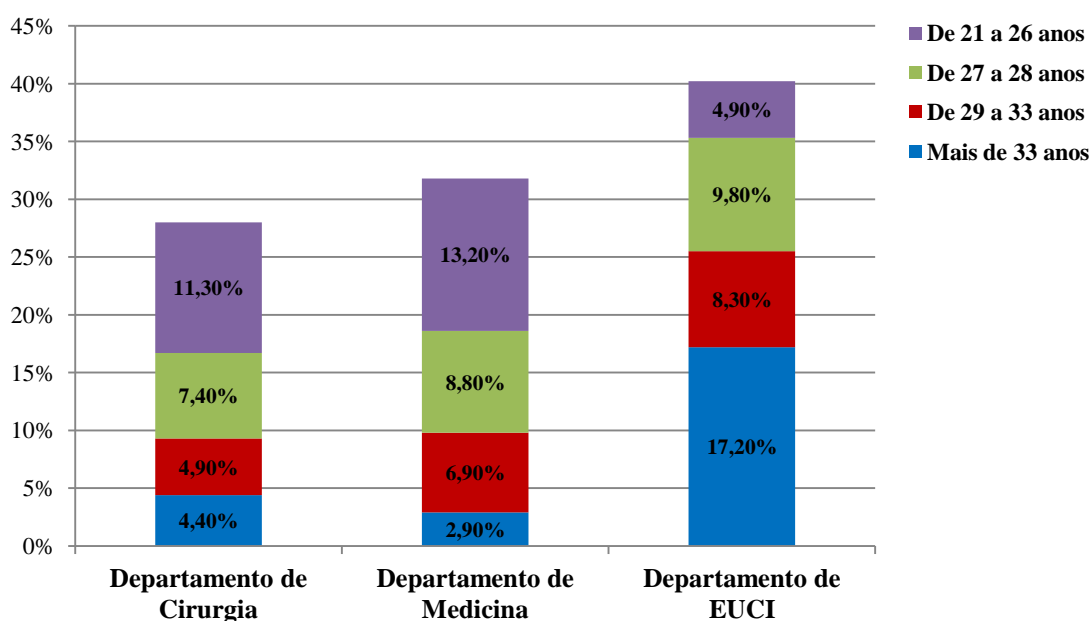
**Quadro 5.2** Caraterização da Amostra por Grupo Etário

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>21 a 26 Anos</b>	60	29,4	13,2	16,2	11,3	13,2	4,9
<b>27 a 28 Anos</b>	53	26	13,7	12,3	7,4	8,8	9,8
<b>29 a 33 Anos</b>	41	20,1	10,3	9,8	4,9	6,9	8,3
<b>+ 33 Anos</b>	50	24,5	13,2	11,3	4,4	2,9	17,2
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

De uma forma geral, analisando o quadro 5.2, verifica-se que os enfermeiros participantes se encontram maioritariamente no primeiro escalão de grupo etário (dos 21 aos 26 anos) com um desvio padrão de 1,15. No sub grupo da implementação do SAPE no HF, os serviços/especialidades seguem a tendência geral e os serviços/especialidades piloto, por sua vez, situam-se maioritariamente no escalão “dos 27 aos 28 anos”. Isto também se reflete no sub grupo dos departamentos, ao nível do departamento de Cirurgia e de Medicina, contudo no departamento de EUCI, o grupo etário dominante é o “mais de 33 anos”, extrapola-se que, por ser um departamento “mais diferenciado”, recorra e comporte enfermeiros mais experientes profissionalmente e por conseguinte, com mais idade.

**Gráfico 5.2** Caracterização da Amostra por Grupo Etário (Departamentos)



Fonte: Elaboração Própria

**Quadro 5.3** Caracterização da Amostra por Habilitações Literárias

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Bacharelato</b>	4	2	0	2	0,5	0	1,5
<b>Licenciatura</b>	195	95,6	49	46,6	27	31,9	36,8
<b>Mestrado</b>	4	2	1	1	0,5	0	1,5
<b>Doutoramento</b>	1	0,5	0,5	0	0	0	0,5
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

Considerando o quadro 5.3, a licenciatura é a habilitação literária mais frequente entre os enfermeiros da amostra, de uma forma geral e entre os sub grupos. Por outro lado, relativamente à implementação do SAPE, os serviços/especialidades não piloto comportam todos os enfermeiros bacharéis da amostra, contrariamente aos serviços/especialidades piloto que não têm nenhum enfermeiro com habilitação inferior à licenciatura. Relativamente aos departamentos, verifica-se que é no departamento de EUCI onde se afere uma maior percentagem de enfermeiros com bacharelato, mestrado e doutoramento, comparativamente aos restantes departamentos.

### 5.1.1.2 Caracterização Profissional

**Quadro 5.4** Caraterização da Amostra por Categoria Profissional

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Enfermeiro</b>	178	87,3	43,1	44,1	26,5	28,4	32,4
<b>Enf.º Especialista</b>	23	11,3	6,9	4,4	1	2,9	7,4
<b>Outro</b>	3	1,5	0,5	1	0,5	0,5	0,5
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

Em termos de categoria profissional, observando o quadro 5.4, verifica-se que a tendência é ser-se “enfermeiro” (generalista). Entre sub grupos, no que toca à implementação, os serviços/especialidades piloto comportam mais “enfermeiros especialistas” do que os não piloto.

Relativamente aos departamentos, o destaque vai mais uma vez para o departamento de EUCI, que possui mais “enfermeiros especialistas” do que os restantes departamentos, possivelmente por ser um departamento direcionado ao “doente crítico” e desta forma, comportar enfermeiros mais diferenciados relativamente aos restantes departamentos.

**Quadro 5.5** Caraterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional

GERAL	No Total (anos)	Na Organização (anos)	No Serviço (anos)
<b>Média</b>	7,7	7,1	4,6
<b>Moda</b>	5	5	4
<b>Valor Mínimo</b>	0,3	0,3	0
<b>Valor Máximo</b>	36	32	27

Fonte: Elaboração Própria

Pela análise do quadro 5.5 verifica-se que os enfermeiros da amostra total têm em média 7,7 anos de exercício profissional, com um desvio padrão de 7,21. No mínimo têm 3 meses e meio (0,3 anos) de experiência profissional e no máximo 36 anos de exercício profissional. O tempo médio de exercício profissional na organização situa-se nos 7,1 anos (com desvio padrão de 6,96) e no serviço/especialidade atual, a média são 4,6 anos (com desvio padrão de 4,67).

**Quadro 5.6** Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional (classes)

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>0 a 3 Anos</b>	61	29,9	13,7	16,2	10,8	15,2	3,9
<b>3 a 5 Anos</b>	58	28,4	12,7	15,7	8,8	8,3	11,3
<b>5 a 10 Anos</b>	37	18,1	11,3	6,9	3,9	4,9	9,3
<b>+ 10 Anos</b>	48	23,5	12,7	10,8	4,4	3,4	15,7
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao tempo de exercício profissional total, quando separado por classes, observando o quadro 5.6, verifica-se que a moda é ter-se entre 0 a 3 anos de experiência total como enfermeiro. Entre sub grupos, no que toca à implementação, os serviços/especialidades seguem a tendência geral. Já ao nível dos departamentos, o departamento de EUCI, possui enfermeiros com maior tempo de exercício profissional (mais de 10 anos), do que os restantes departamentos.

Como anteriormente verificado, o departamento de EUCI, por ser um departamento “mais diferenciado” e direcionado ao “doente crítico”, possui mais enfermeiros especialistas e igualmente, enfermeiros com maior tempo de exercício profissional.

**Quadro 5.7** Caracterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional (HF)

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>0 a 2,287 Anos</b>	51	25	11,8	13,2	8,3	12,7	3,9
<b>2,287 a 4,75 Anos</b>	51	25	11,3	13,7	8,3	8,8	7,8
<b>4,75 a 8,75 Anos</b>	51	25	14,2	10,8	6,4	5,9	12,7
<b>+ 8,75 Anos</b>	51	25	13,2	11,8	4,9	4,4	15,7
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

No quadro 5.7, é apresentado o tempo de exercício profissional no HF (ou seja, antiguidade), organizado por quartis. Desta forma, verifica-se que a grande maioria dos enfermeiros tem até 2,287 anos de experiência enquanto colaboradores do HF. Entre

sub grupos, no que toca à implementação, os serviços/especialidades piloto seguem esta tendência e os “não piloto” têm até 4,75 anos de experiência. Já ao nível dos departamentos, o departamento de EUCI, possui enfermeiros com maior tempo de exercício profissional na organização (mais de 8,75 anos), do que os restantes departamentos que seguem a orientação anteriormente referida.

**Quadro 5.8** Caraterização da Amostra por Tempo de Exercício Profissional (serviço)

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>0 a 1,5 Anos</b>	53	26	15,2	10,8	4,4	7,8	13,7
<b>1,5 a 3,4 Anos</b>	49	24	9,3	14,7	8,3	10,8	4,9
<b>3,4 a 5 Anos</b>	28	13,7	6,4	7,4	4,9	4	4,9
<b>+ 5 Anos</b>	74	36,3	19,6	16,6	10,3	9,3	16,7
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

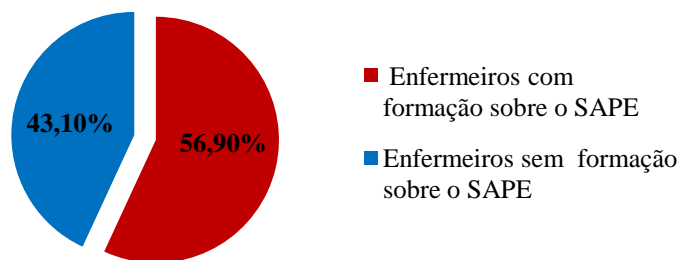
É apresentado no quadro 5.8, o tempo de exercício profissional dos enfermeiros no serviço/especialidade onde atualmente exercem funções, escalado por classes. O destaque vai para os 36,3% dos enfermeiros, que de forma geral, exercem funções no serviço, há mais de 5 anos. Segundo o modelo socioprofissional de Benner (2001), em que se definem estádios de desenvolvimento de competências para os enfermeiros, verifica-se que os enfermeiros constituintes da amostra são em parte “proficientes” (50% da amostra) uma vez que possuem entre 3,4 a mais de cinco anos de experiência profissional no mesmo local e por outro lado, “iniciados” ou “iniciados avançados” (50% da amostra) tendo até 3,4 anos de experiência profissional no local onde atualmente exercem funções. Entre subgrupos, no que toca à implementação, os enfermeiros são maioritariamente “proficientes” e entre departamentos, verifica-se que a EUCI possui uma percentagem significativa de enfermeiros com mais de 5 anos de experiência profissional (“proficientes”).

### 5.1.1.3 SAPE - Conhecimentos

Relativamente aos conhecimentos informáticos na ótica do utilizador, verifica-se que todos os enfermeiros inquiridos possuem conhecimentos informáticos “na ótica do utilizador”, estando capacitados para operar de forma convencional um computador.

Ao serem questionados sobre se os seus conhecimentos informáticos eram suficientes para operar o SAPE, a maioria dos enfermeiros do estudo - 201 (98,5%), referem ter conhecimentos de informática suficientes para tal. Ao nível dos sub-grupos, esta tendência mantém-se.

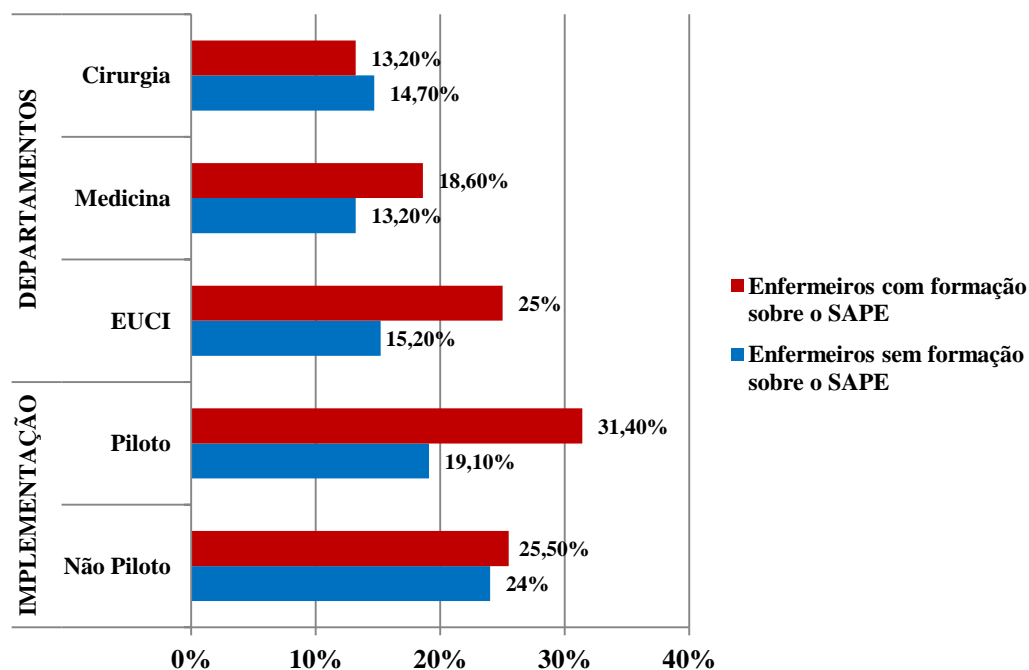
**Gráfico 5.3** Caraterização da Amostra por Formação (Geral)



Fonte: Elaboração Própria

Quando inquiridos sobre se tinham tido formação sobre o SAPE, a maioria da amostra (56,9%), que incluiu 116 enfermeiros, manifestou-se positivamente, contudo existe um número considerável de enfermeiros (88), que constitui 43,1% da amostra, que refere não ter tido qualquer formação neste âmbito, tal como se verifica no gráfico 5.3.

**Gráfico 5.4** Caraterização da Amostra por Formação (Implementação e Dptos.)



Fonte: Elaboração Própria

Entre subgrupos, observando o gráfico 5.4, ao nível da implementação, a orientação dos resultados é a mesma, comparativamente aos dados gerais; no entanto, o departamento de EUCI destaca-se, por apresentar uma percentagem maior de enfermeiros com formação. No departamento de Cirurgia, também se verificou que a maioria da amostra refere não ter tido formação em SAPE.

Ainda através da análise do gráfico 5.4, percebe-se que aquando da implementação do SAPE em 2005, os serviços piloto tiveram bastantes ações de formação sobre o aplicativo informático, desta forma, tal como seria de esperar, têm uma percentagem afirmativa (relativa à formação) superior aos serviços não piloto, diferindo 5.9 pontos percentuais.

**Quadro 5.9** Caraterização da Amostra por Formação

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
Sem Formação	88	43,1	19,1	24	14,7	13,2	15,2
Organização (HF)	92	45,1	25,5	19,6	10,3	12,3	22,5
Escola (de Enfermagem)	15	7,4	2,9	4,4	2	3,9	1,5
Escola + Organização	5	2,5	2	0,5	0,5	1	1
Estágios	2	1	1	0	0	1	0
Estágios + Escola	1	0,5	0	0,5	0	0,5	0
Estágios + Organização	1	0,5	0	0,5	0,5	0	0
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com o quadro 5.9, percebe-se que os enfermeiros com formação sobre SAPE, adquiriram-na, principalmente, de três formas: na própria organização de trabalho (HF), na escola de enfermagem ou em contexto de ensino clínico, vulgo estágios. Dos 116 enfermeiros que afirmaram terem tido formação, 45,1%, obtiveram-na na própria organização onde trabalham. Ao nível dos subgrupos, essa tendência mantém-se. As escolas de enfermagem surgem em segundo lugar enquanto entidades formativas, no âmbito do SAPE.

**Quadro 5.10** Caracterização da Amostra por Utilização do SAPE

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Sim</b>	194	95,1	50	45,1	27,5	31,4	36,3
<b>Não</b>	10	4,9	0,5	4,4	0,5	0,5	3,9
<b>Total</b>	204	100	50,5	49,5	27,9	31,9	40,2

Fonte: Elaboração Própria

A grande maioria dos enfermeiros inquiridos utiliza o SAPE no seu dia-a-dia de trabalho. O quadro 5.10, mostra que apenas 10 enfermeiros, dos 204 inquiridos, referem não realizar uma utilização frequente desta aplicação informática.

#### 5.1.1.4 SAPE - A Perspetiva dos Enfermeiros

Nesta secção, é apresentada a perspetiva dos enfermeiros inquiridos relativamente ao SAPE. As respostas foram classificadas numa escala de cinco pontos: 1 - “Discordo Totalmente”, 2 - “Discordo”, 3 - “Nem Concordo, nem Discordo”, 4 - “Concordo” e 5 - “Concordo Totalmente”, medidas de estatística descritiva foram calculadas para aferir o nível médio de concordância dos utilizadores/enfermeiros relativamente a este aplicativo.

**Quadro 5.11** A Informatização como uma Mais-valia

A informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,79	4	1,04	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,94	5	1,05	1	5
	Não Piloto	3,63	4	1,02	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,72	3	0,90	1	5
	Medicina	3,95	4	1,01	1	5
	EUCI	3,71	5	1,15	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros, em média, concordam que a informatização dos registos acompanha a evolução e é uma mais-valia (quadro 5.11). Em concordância com Junqueiro (2002) e Sousa (1997), que referem que com o forte movimento tecnológico, surge a necessidade, por parte das organizações, de maximizar o “poder da informação” procurando maior qualidade, produtividade, rapidez e rentabilidade, de forma a

modernizar e melhorar a eficácia das empresas e organizações, assumindo-se como forças motoras da criação de atividades económicas.

**Quadro 5.12** Adequabilidade dos Recursos Físicos

Os recursos físicos (localização e n.º de computadores) para a documentação de enfermagem no seu serviço/especialidade, estão adequados à atividade profissional		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		2,56	2	1,19	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	2,66	2	1,19	1	5
	Não Piloto	2,66	2	1,19	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	2,6	2	1,19	1	5
	Medicina	2,35	2	1,1	1	5
	EUCI	2,7	4	1,25	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se que os enfermeiros, em média, “nem concordam, nem discordam” relativamente aos recursos físicos existentes para a documentação de enfermagem, estarem adequados (quadro 5.12). A moda é discordarem da adequação dos mesmos. Percebe-se que mesmo após 8 anos de implementação do SAPE (em 2005), os recursos físicos disponíveis aos enfermeiros, para a utilização do mesmo não estão adequados, sugerindo uma necessidade de melhoria neste âmbito. Já Silva (2006), aquando do seu estudo, questionava a adequação organizacional das unidades de saúde, neste âmbito. Salienta-se a exceção, relativamente à moda, do departamento de EUCI, possivelmente associada à existência um maior número de computadores (comparativamente aos serviços de outros departamentos), verificada aquando da entrega dos questionários nos serviços do departamento EUCI.

**Quadro 5.13** Redução do Papel

O uso do SAPE reduziu notoriamente os SI em suporte papel		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,49	4	1,24	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,42	4	1,32	1	5
	Não Piloto	3,55	4	1,16	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,58	4	1,10	1	5
	Medicina	3,88	4	0,98	1	5
	EUCI	3,11	4	1,41	1	5

Fonte: Elaboração Própria

De uma forma geral, os enfermeiros “nem concordam, nem discordam” que o SAPE tenha reduzido o suporte papel (quadro 5.13). Especula-se que isto se prenda com o facto, de que sempre que é necessário imprimir informação contida no SAPE, esta vem organizada de forma dispersa, requerendo o uso de muito papel. Por outro lado, o departamento EUCI, apresenta uma média ligeiramente inferior, que poderá estar relacionada com o facto da UCIP, usar em simultâneo com o SAPE, registos de monitorização diários em suporte papel. Contudo, a moda foi a concordância dos enfermeiros no que toca a redução do papel, aspeto que é consensual em todas as TI. O carácter ecológico do SAPE é igualmente salientado por diversos autores (Pinto, 2009; Silva, 2006 e Sousa, 2006).

**Quadro 5.14** SAPE como Instrumento de Trabalho

O SAPE é um instrumento de trabalho		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		4,06	5	0,95	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	4,06	5	1,03	1	5
	Não Piloto	4,06	4	0,87	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	4,14	5	0,90	2	5
	Medicina	4,25	4	0,75	2	5
	EUCI	3,85	4	1,09	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros, em média, já integraram o aplicativo no seu dia-a-dia, considerando o SAPE um instrumento de trabalho (quadro 5.14). De acordo com Silva (2006), os enfermeiros devem integrar o SAPE, enquanto instrumento de trabalho, de forma a tirar o melhor partido do SI.

**Quadro 5.15** SAPE como Plataforma de Visualização

O SAPE permite a visualização do trabalho realizado pelo enfermeiro		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,26	4	1,24	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,28	4	1,32	1	5
	Não Piloto	3,25	4	1,16	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,51	4	1,10	1	5
	Medicina	3,48	3	1,19	1	5
	EUCI	2,93	3	1,30	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros, em média, assumem uma posição de neutralidade, relativamente à visualização do trabalho realizado no SAPE, uma vez que “nem concordam, nem discordam” com a afirmação (quadro 5.15). À semelhança de Campos (2012), que ao avaliar o nível global de satisfação dos enfermeiros relativamente à representação de cuidados prestados, também se deparou com níveis baixos de satisfação.

**Quadro 5.16** SAPE e Parametrização

<b>A parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,73	4	1,03	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,87	4	1,06	1	5
	Não Piloto	3,58	4	0,97	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,84	4	0,84	2	5
	Medicina	3,86	4	0,93	1	5
	EUCI	3,55	4	1,19	1	5

Fonte: Elaboração Própria

De forma global, os enfermeiros concordam que a parametrização no SAPE é importante na documentação (quadro 5.16). A parametrização permite que a qualquer momento, cada serviço/especialidade possa alterar os conteúdos que utiliza, responsabilizando-se assim por fazer o levantamento dos focos frequentes no seu serviço, e para cada foco construir as intervenções a executar. Isto permite a evolução do SI e uma maior personalização dos cuidados (Pereira, F.M. 2009 e Silva, 2006).

**Quadro 5.17** SAPE e o Processo de Enfermagem

<b>As etapas do PE (Apreciação inicial e recolha de dados; interpretação dos dados – diagnóstico; planificação das intervenções; execução das intervenções – implementação; avaliação) são identificadas no SAPE</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,68	4	0,94	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,72	4	0,96	1	5
	Não Piloto	3,64	4	0,92	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,86	4	0,81	2	5
	Medicina	3,74	4	0,87	2	5
	EUCI	3,51	4	1,06	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros, em média, concordam que as etapas do PE são identificadas no SAPE (quadro 5.17). O PE, de acordo com Doenges e Moorhouse (1999), é um método essencial na tomada de decisão em enfermagem e na prestação de cuidados. Melo e Enders (2013) afirmam que os SIE informatizados facilitam a implementação do PE, devendo difundir-se ações de construção destes; contudo, os mesmos autores, no seu estudo, concluíram que mundialmente são poucos os SIE informatizados que utilizam o PE, sugerindo uma maior aproximação entre a informática e a enfermagem na melhoria da comunicação e da documentação e consequentemente na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Silva (2006) e Sousa (2006), por sua vez, nos seus trabalhos, identificavam o PE como o cerne do SAPE, na documentação de enfermagem.

**Quadro 5.18** SAPE na Gestão do Planeamento dos Cuidados

<b>O SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,32	4	1,11	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,4	4	1,17	1	5
	Não Piloto	3,24	4	1,04	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,47	4	0,97	1	5
	Medicina	3,6	4	1,01	1	5
	EUCI	2,99	4	1,20	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros, em média, assumem uma posição neutra “nem concordam, nem discordam” relativamente à potenciação de uma melhor gestão no planeamento dos cuidados pelo SAPE.

**Quadro 5.19** SAPE como Uniformizador

<b>O SAPE uniformiza o registo inerente à atividade profissional</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,81	4	0,9	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,92	4	0,92	1	5
	Não Piloto	3,69	4	0,87	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,89	4	0,84	1	5
	Medicina	3,88	4	0,76	2	5
	EUCI	3,7	4	1,03	1	5

Fonte: Elaboração Própria

É consensual o contributo do SAPE para a uniformização dos registos de enfermagem (quadro 5.19). O SAPE é orientado para a atividade diária do enfermeiro e

visa a organização da documentação de enfermagem, normalizando o sistema de registos de enfermagem (Diretório de informação em Saúde, 2010; Silva, 2006 e Sousa, 2006).

**Quadro 5.20** SAPE como Facilitador da Comunicação

A comunicação e partilha de informação são facilitadas através do SAPE (evitando caligrafias difíceis de decifrar, por exemplo)		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		4,07	4	0,99	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	4,08	4	0,93	1	5
	Não Piloto	4,07	4	1,06	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	4,33	5	0,72	2	5
	Medicina	4,23	4	0,86	1	5
	EUCI	3,77	4	1,17	1	5

Fonte: Elaboração Própria

A facilitação da comunicação e informação pelo SAPE, em média, é consensual entre os enfermeiros (quadro 5.20). O facto de o SAPE utilizar a CIPE, promove a uniformização da linguagem utilizada, auxiliando desta forma a comunicação entre enfermeiros, onde quer que estejam (ICN, 2005). Igualmente, Mota (2010); Pereira, F.M. (2009); OE (2007a); Silva (2006) e Sousa (2006) defendem que os SIE informatizados que têm por base a CIPE, facilitam a comunicação e a passagem de informação relevante acerca dos utentes, promovendo a continuidade dos cuidados de enfermagem prestados. Contudo, no estudo recente de Campos (2012), a satisfação dos enfermeiros relativamente ao SAPE, na partilha de informação, foi baixa, principalmente na partilha de informação entre organizações de saúde, comparativamente à partilha de informação intra-organização.

**Quadro 5.21** SAPE e a Continuidade dos Cuidados

O SAPE promove a continuidade dos cuidados		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,67	4	1,03	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,79	4	1,13	1	5
	Não Piloto	3,55	4	0,91	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,86	4	0,88	1	5
	Medicina	3,88	4	0,91	2	5
	EUCI	3,38	4	1,15	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Existe concordância por parte dos enfermeiros, na promoção da continuidade dos cuidados pelo SAPE (quadro 5.21). Como já referido anteriormente, a linguagem uniforme (CIPE) e a facilidade na comunicação, favorece a transmissão de informação sobre os utentes assume um aspeto central para a continuidade dos cuidados; promovendo uma assistência individualizada, sendo os registos escritos ou informatizados a melhor opção (Azevedo, 2010).

**Quadro 5.22** SAPE na Responsabilização dos Enfermeiros

<b>O SAPE responsabiliza os enfermeiros, através de um maior controlo daquilo que é registado e de quem regista</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,89	4	0,96	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,98	4	0,95	1	5
	Não Piloto	3,79	4	0,96	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,98	4	0,83	2	5
	Medicina	4,05	4	0,86	1	5
	EUCI	3,7	4	1,09	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros concordam, em média, que o SAPE responsabiliza os enfermeiros, através de um maior controlo daquilo que é registado e de quem regista (quadro 5.22). Alguns dos problemas de segurança são normalmente originados pelos próprios profissionais das organizações com autorização para acesso aos dados, estas situações, segundo a OE, devem ser denunciadas de modo a “proteger e defender a pessoa das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum” (OE, 2009a: artigo 79.º, alínea c), com o SAPE, esta responsabilidade legal é reforçada.

**Quadro 5.23** SAPE no Acesso e Consulta de Registos Anteriores

<b>O SAPE facilita o acesso e consulta de registos anteriores</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,75	4	1,24	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,7	5	1,36	1	5
	Não Piloto	3,8	5	1,11	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	4,12	4	0,91	1	5
	Medicina	4,12	5	1,01	1	5
	EUCI	3,2	2	1,41	1	5

Fonte: Elaboração Própria

De uma forma geral, os enfermeiros concordam que o SAPE facilita o acesso e consulta a dados anteriores (quadro 5.23). Contudo no departamento de EUCI, isso não se verifica. Silva (2006) refere que o acesso a registos anteriores no aplicativo deve ser melhorado, uma vez que há dificuldade em compilar os dados dos utentes no monitor do computador. Indaga-se que no departamento de EUCI, contrariamente aos outros departamentos, dado o carácter crítico e instável de determinados utentes, a vigilância e monitorização constantes são fulcrais, requerendo uma consulta frequente de dados dos utentes no SAPE, uma vez que para tal “há alguma dificuldade” e que os dados registados pelos monitores e ventiladores não são importados diretamente para o SAPE, esta tarefa pode ser complicada, refletindo-se nas respostas recolhidas.

**Quadro 5.24** SAPE Associado à Segurança dos Dados

<b>O SAPE fomenta a segurança da informação e a confidencialidade dos dados (por exemplo, através do acesso controlado – <i>password</i>)</b>		<b>Média</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
GERAL		3,9	4	0,92	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,94	4	0,95	1	5
	Não Piloto	3,85	4	0,9	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,88	4	0,78	2	5
	Medicina	4,02	4	0,88	2	5
	EUCI	3,82	4	1,04	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros concordam que o SAPE fomenta a segurança da informação e a confidencialidade dos dados (quadro 5.24). Cunha (2008) salienta que os SI com acesso controlado e criptografia fomentam a segurança dos dados. Por outro lado, uma vez que apenas enfermeiros acedem ao SAPE, e que os mesmos estão ética e legalmente, obrigados a manter escrupulosamente a confidencialidade das informações sobre o utente (Potter e Perry, 2006), a confidencialidade é (à partida) garantida. No estudo de Campos (2012), ao auferir-se o nível de satisfação dos enfermeiros relativamente aos mecanismos de segurança e acesso ao SAPE, verifica-se que os mesmos estão satisfeitos, contudo, esperava-se que o nível de satisfação fosse maior.

**Quadro 5.25** SAPE na Extração de Indicadores de Gestão

Através do SAPE são extraídos importantes indicadores de gestão para o serviço/especialidade (n.º médio de dias de internamento, diagnósticos de enfermagem mais frequentes e prevalência de úlceras por pressão, por exemplo)		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,89	4	0,95	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,89	4	0,97	1	5
	Não Piloto	3,88	4	0,94	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,95	4	0,77	2	5
	Medicina	4,02	4	0,93	2	5
	EUCI	3,74	4	1,08	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros concordam, em média, que o SAPE permite o acesso a importantes indicadores para o serviço (quadro 5.25). O SAPE reflete itens de informação referente a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde: RMDE e core de indicadores de enfermagem. (Pereira, F.M. 2009; Cunha, 2008 e OE, 2007b). É a partir destes que a produção de indicadores fica viabilizada para diferentes níveis e utilizadores. Segundo Pereira, F.M. (2009), os indicadores produzidos têm muito valor na reflexão sistemática sobre as práticas, a partir de informação válida retirada dos registos de enfermagem, procurando sempre alcançar a “excelência do exercício profissional”.

**Quadro 5.26** SAPE como Promotor de Melhoria na Prestação de Cuidados

O SAPE promove uma melhoria global na prestação de cuidados		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,04	3	1,15	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3	4	1,26	1	5
	Não Piloto	3,08	3	1,03	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,11	3	1,01	1	5
	Medicina	3,32	3	1,11	1	5
	EUCI	2,77	3	1,22	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Os enfermeiros, em média, assumem uma posição de neutralidade relativamente à promoção, pelo SAPE, de uma melhoria global na prestação de cuidados (quadro

5.26). Isto vai contra alguns estudos, nomeadamente de Silva (2006) e Sousa (2006), que defendem o SAPE como fomentador na melhoria dos cuidados, refletidos pela melhor planificação dos mesmos, através do SAPE.

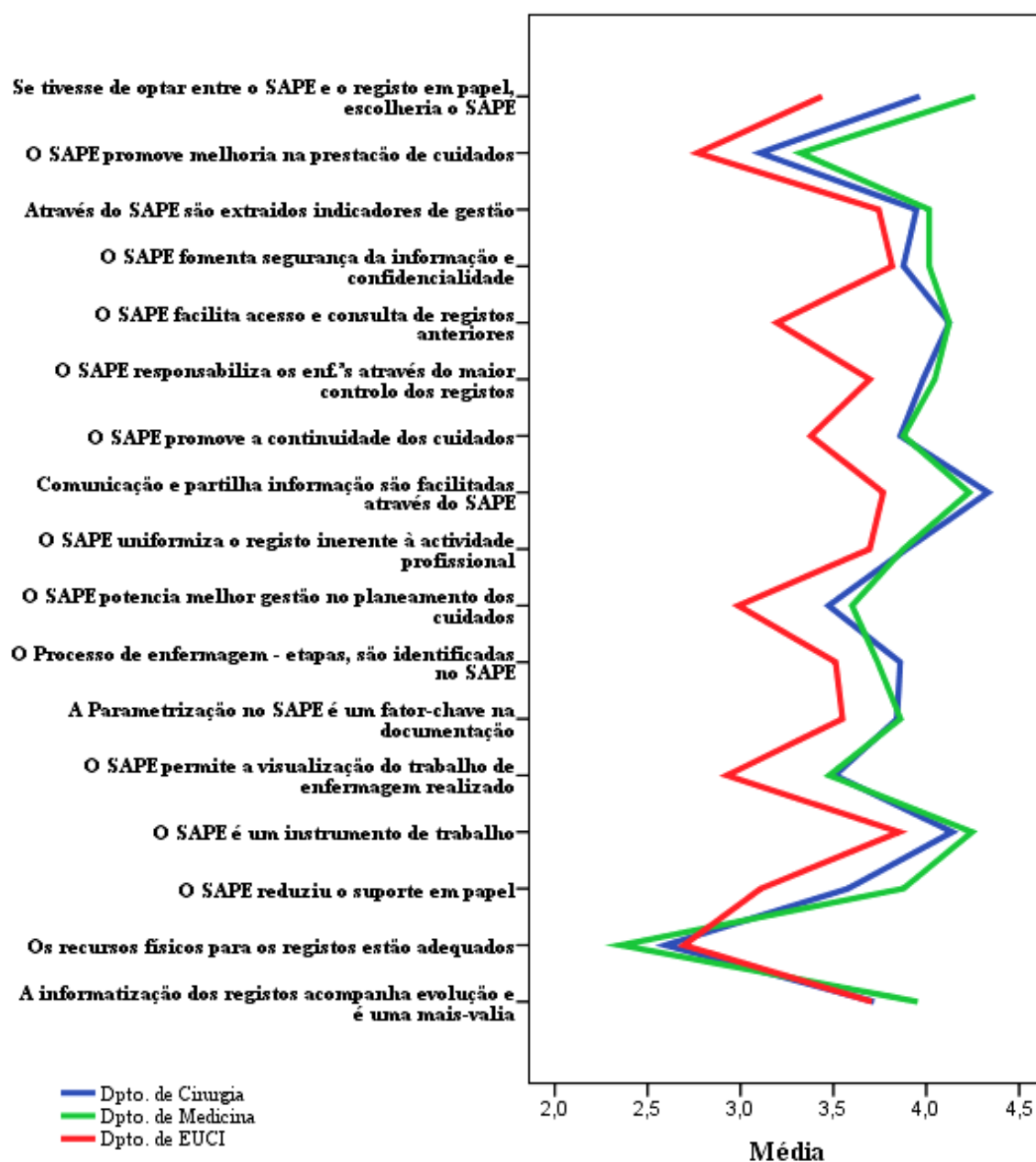
**Quadro 5.27** SAPE *versus* Registo em Papel

Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE		Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
GERAL		3,85	5	1,15	1	5
IMPLEMENTAÇÃO	Piloto	3,83	5	1,18	1	5
	Não Piloto	3,83	4	1,11	1	5
DEPARTAMENTOS	Cirurgia	3,96	5	0,94	2	5
	Medicina	4,26	5	0,91	1	5
	EUCI	3,44	4	1,31	1	5

Fonte: Elaboração Própria

Globalmente, os enfermeiros concordam que escolheriam o aplicativo SAPE em detrimento de um SIE em suporte papel (quadro 5.27).

Gráfico 5.5 Comparação da Perspetiva dos Enfermeiros (Departamentos)



Fonte: Elaboração Própria

De forma geral, analisando o gráfico 5.5, entre departamentos, a perspetiva dos enfermeiros dos departamentos de Cirurgia e Medicina aproxima-se mais, relativamente aos enfermeiros do departamento de EUCI.

Existem contudo pontos de perspetiva comuns entre todos os departamentos, reportando ainda ao gráfico 5.5, no que respeita à “melhoria da prestação de cuidados”, cujos resultados assumem uma posição tendencialmente neutra; ao “SAPE como instrumento de trabalho”, em que existe uma concordância geral entre os três

departamentos; e quanto à “adequabilidade dos recursos materiais existentes”, nomeadamente computadores, em que existe uma discórdia igualmente generalizada.

Através da análise de conteúdo das últimas questões do questionário (capítulo 5.3. do estudo) perceber-se-ão mais aspetos inerentes à perspetiva dos enfermeiros; nestas, estes apontam as principais vantagens e desvantagens da aplicação, assim como possíveis sugestões de melhoria.

## **5.2 Estatística Inferencial**

A estatística inferencial permite escolher entre duas possibilidades, visto que o risco de efetuar um erro é julgado mínimo. Baseia-se na lei das probabilidades, relativamente a uma amostra e consiste em tentar prever por inferência o comportamento de uma população, de onde a amostra é retirada (Fortin *et al.*, 2009).

Os dois principais objetivos da inferência estatística são a estimação de parâmetros e a verificação das hipóteses. A inferência estatística permite confrontar duas hipóteses: a hipótese nula  $H_0$  (ou hipótese de investigação) e a hipótese alternativa  $H_1$ . A hipótese nula é a hipótese construída a partir do valor conhecido do parâmetro na população (o valor “hipotético” correspondente ao *status quo*), enquanto a hipótese alternativa é aquela pela qual a hipótese nula é contrariada. A hipótese alternativa ( $H_1$ ) é sempre a contrapartida da hipótese nula ( $H_0$ ) (Fortin, 2006).

### **5.2.1 Testes de Hipóteses**

Para testar as hipóteses, foram usados dois testes não paramétricos, já anteriormente referidos: Teste de Mann-Whitney (para dois grupos) e o Teste de Kruskal-Wallis (para mais de dois grupos). Relativamente aos resultados dos testes, o limite de significância assumido foi de  $p < 0,05$ , para um grau de confiança de 95% (Apêndice 5).

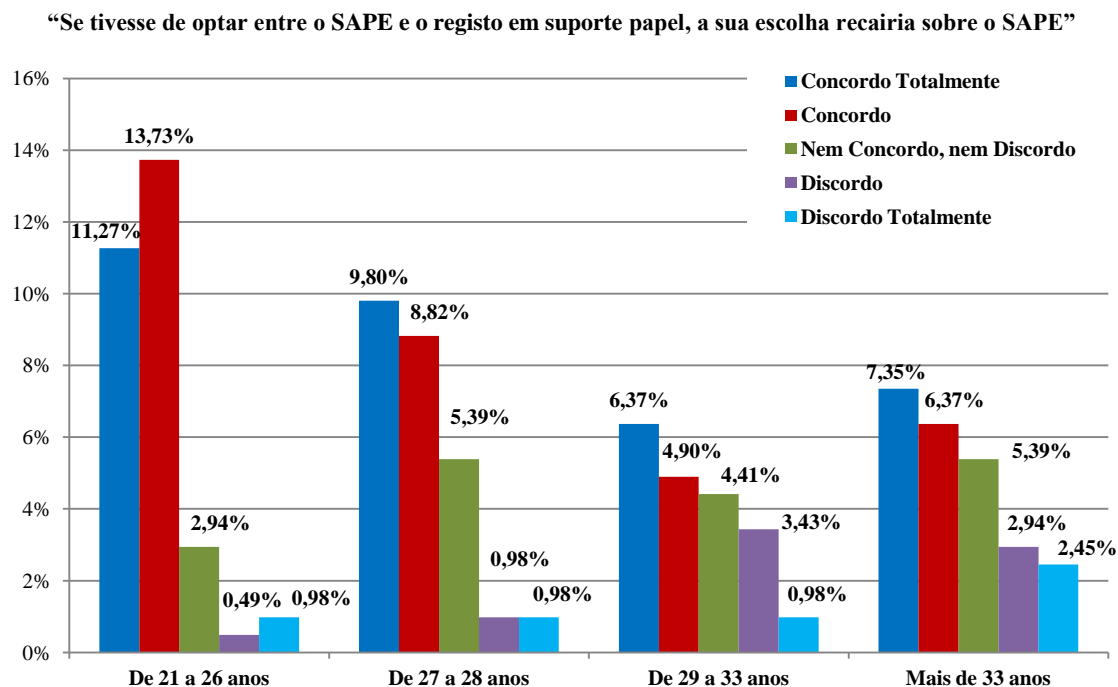
Volta-se a referir, que a perspetiva dos enfermeiros inquiridos relativamente ao SAPE, foi obtida através de respostas dadas numa escala de *likert*, de cinco pontos (entre dois extremos semânticos): 1 - “Discordo Totalmente”, 2 - “Discordo”, 3 - “Nem Concordo, nem Discordo”, 4 - “Concordo” e 5 - “Concordo Totalmente”.

#### **5.2.1.1 Hipótese 1**

$H_1$  – O grupo etário condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE; Esta hipótese foi aceite apenas para a afirmação “Se tivesse de optar entre o

SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE”, apresentada no gráfico 5.6.

**Gráfico 5.6** Relação do Grupo Etário na Perspetiva dos Enfermeiros



Fonte: Elaboração Própria

Analisando o gráfico 5.6, verifica-se que por grupo etário, relativamente à perspetiva dos enfermeiros, apenas as respostas à afirmação “se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE”, apresentavam diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,042$ ). Entre grupos, verifica-se que os enfermeiros que se situam entre os 21 e os 26 anos e aqueles que se situam entre os 27 e os 28 anos atribuem mais importância (“concordo totalmente” e “concordo”) à informatização do que os restantes. No grupo etário “mais de 33 anos” existe uma maior percentagem de discordância (“discordo” e “discordo totalmente”), para com o SAPE, podendo esta estar associada com a maior resistência à mudança que se verifica entre os enfermeiros mais velhos. Por outro lado, os enfermeiros mais novos, por nunca terem realizado registos de enfermagem em suporte papel, na sua prática profissional, poderão tendencialmente preferir os SIE informáticos.

### 5.2.1.2 Hipótese 2

H2 – A antiguidade na organização (HF) condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE; Esta hipótese foi aceite para as quatro afirmações apresentadas no quadro 5.28.

**Quadro 5.28** Relação da Antiguidade na Perspetiva dos Enfermeiros

Hipótese 2 - A antiguidade na organização (HF) condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE		Antiguidade na Organização				p
		De 0 a 2,287 anos	De 2,287 a 4,75 anos	De 4,75 a 8,75 anos	Mais de 8,75 anos	
<b>O SAPE é um Instrumento de Trabalho</b>	Discordo Totalmente	2,0%	0%	2,0%	2,0%	0,036
	Discordo	3,9%	3,9%	5,9%	7,8%	
	Nem concordo, nem discordo	15,7%	11,8%	19,6%	21,6%	
	Concordo	45,1%	31,4%	51,0%	23,5%	
	Concordo totalmente	33,3%	52,9%	21,6%	45,1%	
<b>O SAPE permite a Visualização do Trabalho realizado pelo Enfermeiro</b>	Discordo Totalmente	7,8%	3,9%	13,7%	13,7%	0,023
	Discordo	19,6%	7,8%	27,5%	19,6%	
	Nem concordo, nem discordo	19,6%	29,4%	19,6%	33,3%	
	Concordo	31,4%	37,3%	23,5%	17,6%	
	Concordo totalmente	21,6%	21,6%	15,7%	15,7%	
<b>Através do SAPE são extraídos importantes Indicadores de Gestão para o Serviço/Especialidade</b>	Discordo Totalmente	0%	2,0%	2,0%	3,9%	0,011
	Discordo	5,9%	2,0%	9,8%	7,8%	
	Nem concordo, nem discordo	13,7%	25,5%	29,4%	13,7%	
	Concordo	47,1%	33,3%	49,0%	43,1%	
	Concordo totalmente	33,3%	37,3%	9,8%	31,4%	
<b>Se tivesse de optar entre o SAPE e o Registo em Suporte Papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE</b>	Discordo Totalmente	3,9%	3,9%	3,9%	9,8%	0,011
	Discordo	5,9%	0%	13,7%	11,8%	
	Nem concordo, nem discordo	9,8%	13,7%	27,5%	21,6%	
	Concordo	45,1%	37,3%	31,4%	21,6%	
	Concordo totalmente	35,3%	45,1%	23,5%	35,3%	

Fonte: Elaboração Própria

Analisando o quadro 5.28, verifica-se que por antiguidade na organização, relativamente à perspetiva dos enfermeiros, as respostas à afirmação “o SAPE é um

instrumento de trabalho”, apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos ( $p = 0,036$ ). Em termos percentuais, os enfermeiros concordaram com a afirmação. Contudo, os enfermeiros com antiguidade “de 2,287 até 4,75 anos”, e os com “mais de 8,75 anos”, atribuíram maior importância à questão (“concordo totalmente”), relativamente aos restantes (“concordo”).

Relativamente à afirmação “o SAPE permite a visualização do trabalho realizado pelo enfermeiro”, também existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,023$ ). Os enfermeiros que possuem até 4,75 anos de antiguidade na organização, em termos percentuais, “concordam” em maioria, com a afirmação. Por sua vez, os enfermeiros que possuem “de 4,75 até 8,75 anos” de antiguidade na organização “não concordam” com a mesma; os enfermeiros com maior número de anos de serviço na organização, “mais de 8,75 anos”, “nem concordam, nem discordam” da afirmação, assumindo maioritariamente, em termos percentuais, uma posição de neutralidade.

Quando inquiridos quanto à utilidade do SAPE na gestão: “através do SAPE são extraídos importantes indicadores de gestão para o serviço/especialidade”, em termos percentuais, todos os enfermeiros de todos os grupos “concordaram” com a afirmação. Verifica-se que os enfermeiros com “de 2,287 até 4,75 anos” de antiguidade, atribuíram maior importância à afirmação “concordando totalmente”; os enfermeiros mais velhos na organização, “discordaram” em maior percentagem da afirmação, confirmando diferenças estatisticamente significativas por antiguidade no serviço/especialidade ( $p = 0,011$ ).

Mais uma vez, o SAPE foi preferido relativamente aos registos em suporte papel, ao obter-se, em termos percentuais, uma “concordância total” entre os grupos etários “de 2,287 até 4,75 anos” e “mais de 8,75 anos” de antiguidade. Os enfermeiros com até 2,28 anos de antiguidade apenas “concordaram” com a afirmação, paralelamente àqueles que possuíam entre “4,75 a 8,75 anos” de antiguidade na organização, diferindo assim, dos enfermeiros inicialmente referidos. Os enfermeiros com maior antiguidade “discordaram totalmente” numa percentagem maior do que os enfermeiros dos restantes grupos, evidenciando diferenças estatisticamente significativas, comprovadas ( $p = 0,011$ ).

### 5.2.1.3 Hipótese 3

H3 – A formação condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE; Esta hipótese foi aceite para as seis afirmações apresentadas no quadro 5.29, sugerindo que a aceitação deste sistema decorre da formação.

**Quadro 5.29** Relação da Formação na Perspetiva dos Enfermeiros

Hipótese 3 - A formação condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE	Formação	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	<i>p</i>
<b>A informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia</b>	Sim	1,7%	5,2%	19,8%	39,7%	33,6%	0,003
	Não	4,5%	13,6%	26,1%	35,2%	20,5%	
<b>Os recursos físicos para a documentação de enfermagem no seu serviço/especialidade, estão adequados à atividade profissional</b>	Sim	16,4%	30,2%	21,6%	25%	6,9%	0,005
	Não	27,3%	38,6%	14,8%	15,9%	3,4%	
<b>O SAPE é um instrumento de trabalho</b>	Sim	0,9%	3,4%	14,7%	35,3%	45,7%	0,006
	Não	2,3%	8%	20,5%	40,9%	28,4%	
<b>A parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem</b>	Sim	2,6%	9,5%	19%	38,8%	30,2%	0,039
	Não	3,4%	10,2%	27,3%	43,2%	15,9%	
<b>O SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados</b>	Sim	6,9%	13,8%	22,4%	41,4%	15,5%	0,034
	Não	10,2%	12,5%	37,5%	31,8%	8%	
<b>O SAPE promove a continuidade dos cuidados</b>	Sim	5,2%	6%	18,1%	44,8%	25,9%	0,011
	Não	3,4%	11,4%	29,5%	43,2%	12,5%	

Fonte: Elaboração Própria

Analisando o quadro 5.29, verifica-se que os enfermeiros com formação, “concordam” e “concordaram totalmente”, numa percentagem maior (73,3%) do que os enfermeiros sem formação (55,7%) que “a informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia”. Por outro lado, no mesmo sentido, os enfermeiros com formação “discordaram” e “discordaram totalmente” menos em termos percentuais (6,9%), comparativamente aos enfermeiros sem formação (18,1%). Existem desta forma, diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,003$ ), atribuindo os enfermeiros com formação, maior importância a esta afirmação.

No que toca à adequabilidade dos recursos materiais, nomeadamente, localização e número de computadores suficientes, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,005$ ). Em termos percentuais, tanto os enfermeiros com formação, como os enfermeiros sem formação, “discordaram” que “os recursos físicos para a documentação de enfermagem no seu serviço/especialidade, estão adequados à atividade profissional”, ainda que seja percebido com intensidades diferentes.

Quando inquiridos se consideravam o SAPE, um instrumento de trabalho, os enfermeiros com formação em SAPE, maioritariamente, em termos percentuais, “concordaram totalmente”, por sua vez, os enfermeiros sem formação, atribuíram menor importância à afirmação, “concordando” apenas. Os enfermeiros sem formação reuniram uma maior percentagem de respostas de discordância em comparação aos enfermeiros com formação, corroborando a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,006$ ).

Relativamente à parametrização, os enfermeiros (tanto os que tiveram formação, como os que não tiveram), em termos percentuais, “concordaram” que “a parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem”. Ainda que se verifique uma maior percentagem de enfermeiros com formação a “concordar totalmente” com a afirmação (30,2%), relativamente aos enfermeiros sem formação (15,9%), evidenciando diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,039$ ).

Por outro lado, em termos percentuais, maioritariamente, os enfermeiros sem formação “não concordam nem discordam” que “o SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados”, contrariamente aos enfermeiros com formação, que maioritariamente, em termos percentuais “concordam” com a afirmação, sinal de que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,034$ ).

Os enfermeiros “concordaram”, em maioria, que “o SAPE promove a continuidade dos cuidados”, contudo, os enfermeiros com formação atribuíram maior importância à afirmação “concordando totalmente” numa maior percentagem, do que os enfermeiros sem formação. Neste seguimento, os enfermeiros sem formação “discordaram” mais (11,4%) da afirmação, do que os enfermeiros com formação (6%), confirmando a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,011$ ).

### 5.2.1.4 Hipótese 4

H4 – Ser-se um serviço piloto ou não piloto, condiciona a perspectiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE; Esta hipótese foi aceite para as quatro afirmações apresentadas no quadro 5.30.

**Quadro 5.30** Relação da Implementação na Perspetiva dos Enfermeiros

<b>Hipótese 4 - Ser-se um serviço piloto ou não piloto, condiciona a perspectiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE</b>	<b>Implementação</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem concordo, nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b><i>p</i></b>
<b>A informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia.</b>	Piloto	1%	11,7%	16,5%	34%	36,9%	0,019
	Não Piloto	5%	5,9%	28,7%	41,6%	18,8%	
<b>A parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem</b>	Piloto	1,9%	11,7%	16,6%	36,9%	33%	0,019
	Não Piloto	4%	7,9%	28,7%	44,6%	14,9%	
<b>O SAPE uniformiza o registo inerente à atividade profissional</b>	Piloto	1,9%	5,8%	16,5%	49,5%	26,2%	0,035
	Não Piloto	1%	8,9%	24,8%	50,5%	14,9%	
<b>O SAPE promove a continuidade dos cuidados</b>	Piloto	5,8%	6,8%	20,4%	36,9%	30,1%	0,032
	Não Piloto	3%	9,9%	25,7%	51,5%	9,9%	

Fonte: Elaboração Própria

Analisando o quadro 5.30, verifica-se que os enfermeiros dos serviços piloto, maioritariamente, em termos percentuais “concordam totalmente” que “a informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia”, por outro lado, os enfermeiros dos serviços não piloto, aquando da implementação do SAPE, atribuíram menos importância à afirmação, em maioria, “concordando” apenas. Há diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,019$ ).

Relativamente à parametrização, os enfermeiros (tanto os enfermeiros dos serviços piloto, como os restantes), “concordaram” que “a parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem”, contudo, os enfermeiros dos serviços piloto, atribuíram maior importância à afirmação “concordando totalmente” numa maior percentagem, do que os enfermeiros dos serviços não piloto. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,019$ ).

Todos os enfermeiros “concordaram” que “o SAPE uniformiza o registo inerente à atividade profissional”, tanto os enfermeiros dos serviços piloto, como os restantes, ainda que com diferentes intensidades, existindo diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,035$ ).

No que toca à afirmação “o SAPE promove a continuidade dos cuidados”, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,032$ ). Em termos percentuais, houve “concordância” geral, no entanto, os enfermeiros dos serviços piloto, atribuíram maior importância à afirmação “concordando totalmente” numa maior percentagem (30,1%), do que os enfermeiros dos serviços não piloto (9,9%).

#### **5.2.1.5 Hipótese 5**

H5 – O departamento em que se está inserido, condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE; Esta hipótese foi aceite para as oito afirmações apresentadas no quadro 5.31.

**Quadro 5.31** Relação do Departamento na Perspetiva dos Enfermeiros

<b>Hipótese 5 - O departamento em que se está inserido, condiciona a perspetiva dos enfermeiros relativamente ao SAPE</b>	<b>Departamentos</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Discordo</b>	<b>Nem concordo, nem discordo</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>	<b>P</b>
<b>O uso do SAPE reduziu notoriamente os sistemas de informação em suporte papel</b>	Cirurgia	3,5%	14%	26,3%	33,3%	22,8%	0,004
	Medicina	3,1%	6,2%	16,9%	47,7%	26,2%	
	EUCI	20,7%	13,4%	18,3%	29,3%	18,3%	
<b>O SAPE permite a visualização do trabalho realizado pelo enfermeiro</b>	Cirurgia	3,5%	17,5%	22,8%	36,8%	19,3%	0,010
	Medicina	4,6%	18,5%	26,2%	26,2%	24,6%	
	EUCI	18,3%	19,5%	26,8%	22%	13,4%	
<b>O SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados</b>	Cirurgia	5,3%	7%	33,3%	43,9%	10,5%	0,004
	Medicina	3,1%	10,8%	27,7%	40%	18,5%	
	EUCI	14,6%	19,5%	26,8%	30,5%	8,5%	
<b>A comunicação e partilha de informação são facilitadas através do SAPE</b>	Cirurgia	0%	1,8%	8,8%	43,9%	45,6%	0,005
	Medicina	1,5%	3,1%	9,2%	43,1%	43,1%	
	EUCI	8,5%	6,1%	12,2%	46,3%	26,8%	
<b>O SAPE promove a continuidade dos cuidados</b>	Cirurgia	1,8%	5,3%	19,3%	52,6%	21,1%	0,013
	Medicina	0%	7,7%	24,6%	40%	27,7%	
	EUCI	9,8%	11%	24,4%	41,5%	13,4%	
<b>O SAPE facilita o acesso e consulta de registos anteriores</b>	Cirurgia	3,5%	1,8%	8,8%	50,9%	35,1%	0,000
	Medicina	1,5%	9,2%	7,7%	38,5%	43,1%	
	EUCI	13,4%	26,8%	9,8%	26,8%	23,2%	
<b>O SAPE promove uma melhoria global na prestação de cuidados</b>	Cirurgia	8,8%	14%	40,4%	31,6%	5,3%	0,012
	Medicina	7,7%	13,8%	29,2%	36,9%	12,3%	
	EUCI	18,3%	24,4%	28%	20,7%	8,5%	
<b>Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE</b>	Cirurgia	0%	7%	24,6%	33,3%	35,1%	0,000
	Medicina	3,1%	1,5%	7,7%	41,5%	46,2%	
	EUCI	11%	13,4%	22%	28%	25,6%	

Fonte: Elaboração Própria

Analisando o quadro 5.31, verifica-se que no geral, em termos percentuais, os enfermeiros de todos os departamentos, “concordaram” que “o uso do SAPE reduziu notoriamente os sistemas de informação em suporte papel”. Os departamentos de

Cirurgia e Medicina, atribuem maior importância à afirmação, “concordando totalmente”. Por sua vez, os enfermeiros do departamento EUCI, apresentaram maiores percentagens de “discordo” e de “discordo totalmente”, comparativamente aos restantes departamentos. Como já foi referido anteriormente, isto poderá estar relacionado com o facto da UCIP, usar em simultâneo com o SAPE, registos de monitorização diários em suporte papel, fazendo com que os enfermeiros não sintam tanto a redução do uso do papel. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,004$ ).

No que toca à afirmação “o SAPE permite a visualização do trabalho realizado pelo enfermeiro”, relativamente aos departamentos, existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,010$ ). Percentualmente, verifica-se que os enfermeiros do departamento de Cirurgia “concordaram” na sua maioria, com a afirmação. Por sua vez, os enfermeiros do departamento EUCI, maioritariamente, “não concordam, nem discordam” da afirmação, tendo contudo, uma maior percentagem de “discordância total” relativamente aos outros departamentos. No departamento de Medicina há uma percentagem idêntica de respostas “concordantes” com a afirmação e de “nem concordo, nem discordo” com a mesma. Da mesma forma, neste departamento, verifica-se uma maior percentagem de respostas de “concordância total” com a afirmação, comparativamente aos restantes departamentos.

Em termos percentuais, no que se refere à afirmação “o SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados”, em todos os departamentos (Cirurgia, Medicina e EUCI), houve “concordância” por parte dos enfermeiros, com a mesma; o departamento de Medicina, ainda assim, comporta uma maior percentagem de respostas com “concordância total”, no que toca à afirmação, relativamente a todos os departamentos. O departamento de EUCI, possui maior percentagem de enfermeiros que “discordam” e “discordam totalmente” da afirmação, quando comparado com os restantes departamentos. Existiram diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,004$ ).

Relativamente à afirmação “a comunicação e partilha de informação são facilitadas através do SAPE”, os enfermeiros do departamento de Cirurgia, “concordaram totalmente” com a mesma, não existindo nenhum enfermeiro que tivesse “discordado totalmente” da mesma. No departamento de medicina, houve igual número percentual de respostas “concordantes” e com “concordância total”. No departamento de EUCI, por sua vez, apesar de maioritariamente existir uma concordância com a

afirmação, existe uma percentagem alta de “discordo” e de “discordo totalmente”, em relação aos restantes departamentos. Também no departamento de EUCI se verificou um menor número de “concordância total” com a afirmação. Revelaram-se desta forma, diferentes posições relativamente ao SAPE, existindo diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,005$ ).

No que se refere à declaração “o SAPE promove a continuidade dos cuidados”, houve uma concordância geral com a mesma, em todos os departamentos. Mais especificamente, o departamento de Medicina apresentou também o maior número percentual de respostas com “concordância total” com a afirmação, e nenhum registo de resposta com “discordância total”, relativamente aos restantes departamentos. O departamento de EUCI, por sua vez, e de forma inversa ao departamento de Medicina, apresentou a maior percentagem de “discordo” e “discordo totalmente” com a afirmação e menor número percentual de respostas com “concordância total” relativamente à afirmação, aquando da comparação entre departamentos, evidenciando diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,013$ ).

O departamento de Cirurgia, relativamente à afirmação “o SAPE facilita o acesso e consulta de registos anteriores”, “concordou” com a mesma. Por sua vez, o departamento de Medicina apresentou uma maior percentagem de “concordância total” com a afirmação. No departamento de EUCI, houve uma percentagem idêntica de respostas “concordantes” e “discordantes”, pesando mais uma vez o lado da discórdia, sendo o departamento com maior número de respostas de “discordância total” com a afirmação, comparativamente aos outros departamentos; estes dados vão ao encontro da análise feita ao nível da comunicação e partilha de informação, estando associada a esta afirmação, em que os enfermeiros deste departamento também “discordavam” percentualmente mais, do que os enfermeiros dos restantes departamentos. Existem diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

Relativamente à questão “o SAPE promove uma melhoria global na prestação de cuidados”, os enfermeiros dos departamentos de Cirurgia e de EUCI, percentualmente, “nem concordam, nem discordam”. O departamento de Cirurgia, apresenta ainda a menor percentagem de “concordância total” com a afirmação e por sua vez, o departamento de EUCI, apresenta uma maior percentagem de respostas de “discórdia” e de “discórdia total” com a afirmação. Contrariamente, os enfermeiros do departamento de medicina, “concordam” maioritariamente, em termos percentuais, com a afirmação.

Dadas estas diferentes intensidades, de resposta, sugerem-se diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,012$ ).

Os departamentos de Cirurgia e Medicina, relativamente à afirmação “se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE”, percentualmente, “concordam totalmente” com a mesma. No departamento de Cirurgia, ninguém “discordou totalmente” da afirmação. No departamento de EUCI, a tendência, em termos percentuais, foi “concordar” com a afirmação, mas mais uma vez, foi o departamento que apresentou um maior número de respostas de “discórdia” e de “discórdia total” com a afirmação, relativamente aos outros departamentos, confirmando diferenças estatisticamente significativas ( $p = 0,000$ ).

### **5.3 Análise de Conteúdo**

As questões de resposta livre ou questões abertas deixam o sujeito livre para responder como entender, sem que tenha de escolher respostas predeterminadas. São propostas questões pelo entrevistador, mas sem que este forneça uma estrutura para resposta: o respondente cria as suas respostas e exprime-as pelas suas próprias palavras (Fortin, 2006). Têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante. Contudo, as respostas às questões de resposta livre tomam mais tempo e não são fáceis de analisar (Bardin, 2011 e Fortin *et al.*, 2009).

Através da análise categorica das questões abertas, puderam retirar-se informações adicionais importantes, a vários níveis, compreendendo: os fenómenos mais identificados em cada serviço/especialidade (questão 3.4.1.1 do questionário – Apêndice 1); perceber as principais vantagens e desvantagens do SAPE (questões 4.18 e 4.19, respetivamente); assim como sugestões de melhoria do mesmo (questão 4.20), identificadas pelos enfermeiros. Desta forma, os dados de cada respondente, relativamente a estas questões, foram comparados e organizados através de quadros e gráficos, permitindo uma melhor análise dos mesmos (Bardin, 2011).

#### **5.3.1 SAPE - Fenómenos mais Identificados**

Quando inquiridos acerca dos fenómenos de enfermagem mais frequentes no seu serviço/especialidade, 170 dos enfermeiros do estudo (83,3%) responderam e 34 (16,7%), deixaram a questão “em branco”. Dentro da amostra de enfermeiros que responderam a esta questão, sendo esta uma questão aberta, foi obtido um total de 1011

respostas, uma vez que cada enfermeiro inquirido, muitas vezes, deu mais do que uma resposta.

**Quadro 5.32** SAPE - Fenómenos de Enfermagem (mais identificados)

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Mobilização e Atividade Física</b>	190	18,8	9,5	9,3	10	5,0	3,8
<b>Eliminação</b>	179	17,7	8,2	9,5	4,5	8	5,1
<b>Cuidados: Higiene e Vestuário</b>	143	14,1	7,2	6,9	4,8	4,8	4,5
<b>Alimentação</b>	121	12	5,3	6,6	4	4,2	3,9
<b>(Risco de) Queda</b>	85	8,4	4,1	4,4	2,2	2,5	3,8
<b>(Risco de) Úlcera por Pressão</b>	74	7,3	4,6	2,7	0,2	4,1	3,1
<b>Ferida Cirúrgica</b>	50	4,9	2,3	2,7	4,2	0,3	0,5
<b>Alterações Mentais</b>	32	3,2	1,3	1,9	1,3	1,8	0,1
<b>Feridas e Eritemas</b>	31	3,1	1,5	1,6	0,7	1,6	0,8
<b>(Risco de) Infecção</b>	23	2,3	2,0	0,3	0	0,2	2,1
<b>Síndrome de Desuso</b>	23	2,3	2,3	0	0	0	2,3
<b>Vias Aéreas</b>	22	2,2	1,1	1,1	0,1	1,4	0,7
<b>Alterações dos Sentidos</b>	15	1,5	0,6	0,9	0,4	1,1	0
<b>Metabolismo Energético</b>	8	0,8	0,7	0,1	0,7	0,1	0
<b>Dor</b>	5	0,5	0,5	0	0,5	0	0
<b>Edema</b>	5	0,5	0,4	0,1	0	0,5	0
<b>Náuseas e/ou Vômitos</b>	4	0,4	0,4	0	0	0,4	0
<b>Ensinos</b>	1	0,1	0	0,1	0,1	0	0
<b>TOTAL</b>	1011	100	51,9	48,1	33,6	35,9	30,5

Fonte: Elaboração Própria

Através da leitura do quadro 5.32, percebe-se que de uma forma geral, os fenómenos mais identificados pelos enfermeiros, no serviço/especialidade são: “alimentação”; “cuidados de higiene e vestuário”; “eliminação” e “mobilização e atividade física”. Uma vez que o enfermeiro assume um papel fulcral na melhoria e manutenção da pessoa no cumprimento das suas atividades de vida básicas, este é um resultado que vai de encontro ao esperado. Entre grupos, relativamente ao departamento de Cirurgia, é de salientar uma maior frequência dos fenómenos “mobilização e

atividade física” e “ferida cirúrgica”, associados à especificidade dos serviços cirúrgicos que compõem o departamento e à convalescença dos utentes no pós-operatório. Por outro lado, no departamento EUCI, destacam-se os fenómenos “risco de/ou infeção” e “síndrome de desuso”, associados aos utentes críticos que integram os serviços do departamento, principalmente os utentes da UCIP, que muitas vezes estão ventilados e em “coma induzido”; o “risco de/ou queda”, também se salienta neste departamento, encontrando-se maioritariamente associado aos utentes do Serviço de Urgência, que por ficarem deitados em macas, em vez de camas (muitas vezes, com alterações do estado de consciência), têm um risco maior de vir a sofrer uma queda. No departamento de Medicina, o destaque vai para os fenómenos “feridas e eritemas” e “risco de/ou úlcera por pressão”, associados ao grande número de utentes idosos com elevado grau de dependência (que estão muitas vezes “acamados”), que integram os serviços do departamento e que têm uma maior predisposição para a incidência destes fenómenos.

### 5.3.2 SAPE - Principais Vantagens

Ao serem auscultados sobre as principais vantagens do SAPE, 169 dos enfermeiros do estudo (82,8%) responderam e 35 (17,2%) deixaram a questão “em branco”. Dentro da amostra de enfermeiros que responderam a esta questão, sendo esta uma questão aberta, obteve-se um total de 490 respostas, uma vez que cada enfermeiro inquirido apresentou mais do que uma vantagem.

**Quadro 5.33** SAPE - Principais Vantagens

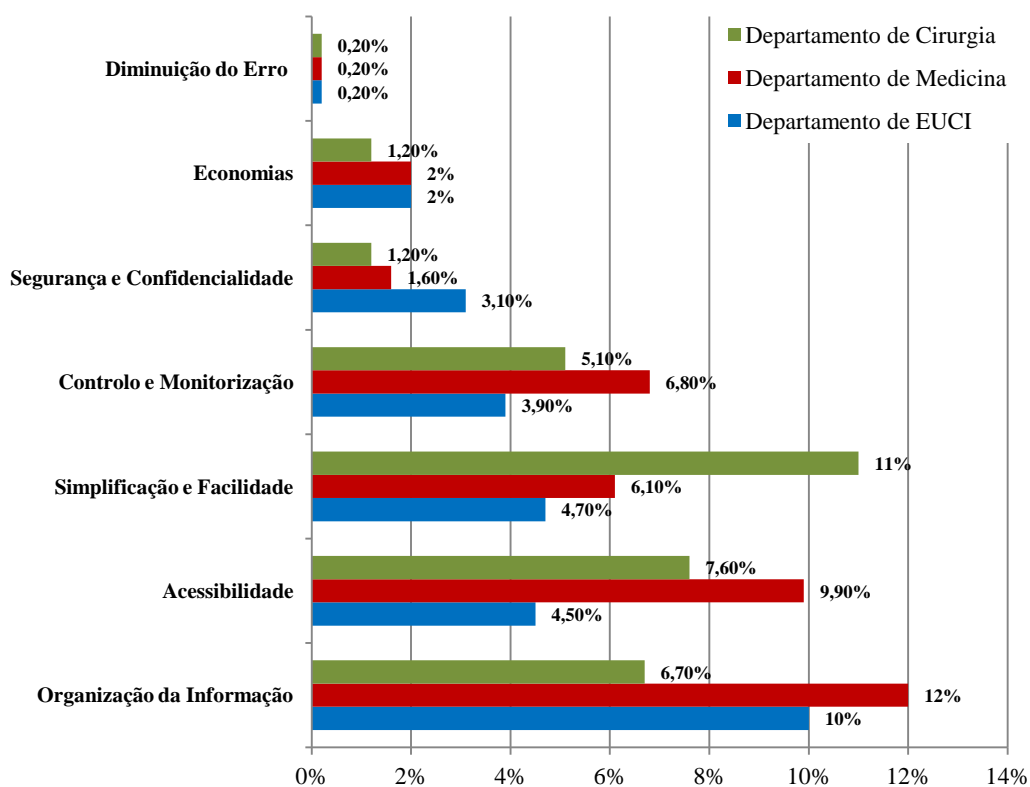
	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Organização da Informação</b>	141	28,8	17,3	11,4	6,7	12	10
<b>Acessibilidade</b>	107	21,8	9	12,9	7,6	9,9	4,5
<b>Simplificação e Facilidade</b>	107	21,8	9,8	12	11	6,1	4,7
<b>Controlo e Monitorização</b>	77	15,7	7,3	8,4	5,1	6,8	3,9
<b>Segurança e Confidencialidade</b>	29	6	2,5	3,5	1,2	1,6	3,1
<b>Economias</b>	26	5,3	3,1	2,2	1,2	2	2
<b>Diminuição do Erro</b>	3	0,6	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2
<b>Total</b>	490	100	49,2	50,8	33	38,6	28,4

Fonte: Elaboração Própria

No quadro 5.33, foi realizada uma conversão das respostas dadas, aos sete itens de categorização apresentados. Dentro do item “acessibilidade”, foram incluídas respostas do âmbito: “melhoria na partilha de informação”, “acesso aos antecedentes pessoais do utente”, “comunicação com o SAM”; relativamente ao item “segurança e confidencialidade”, foram incluídas respostas referentes: a “maior segurança”, “menor perda de informação e/ou dados” e “responsabilização legal do enfermeiro”; no item “economias” foram incluídas respostas relativas a “diminuição de custos financeiros”, “diminuição do gasto de papel/SI mais ecológico”. A nível do “controlo e monitorização”, incluíram-se: a “visibilidade do enfermeiro”, “o controlo dos registos”, “a continuidade dos cuidados”, “vigilância do utente”, “visão global sobre o utente”, “perceção da evolução do utente”, “extração de indicadores”, “melhor gestão na prestação de cuidados”, “personalização dos cuidados”, “promoção da qualidade dos cuidados”. Relativamente à “diminuição do erro”, incluiu-se a “menor probabilidade de perda de informação”, por esta se encontrar informatizada. No item “simplificação e facilidade”, foram incluídas as respostas: “celeridade/rapidez da aplicação”, “evita a duplicação de informação/registos”, “facilidade de consulta”, “informatização da informação”, “legibilidade dos registos/informação”, “sintetização dos registos”, “sistematização”, “utilização fácil”, “aplicação intuitiva”, “evolução tecnológica”, “rapidez no acesso aos dados”, “clareza e objetividade”, “registos mais completos” e “eficácia”. Por fim, no último item: “organização da informação”, incluíram-se “planificação facilitada e cuidada”, “uniformização da linguagem”, “atualização diária do plano de cuidados”, “existência de uma avaliação inicial dos utentes”, “evita a perda de dados”, “organiza o trabalho do enfermeiro”, “uniformização dos registos”, “parametrização por serviços/especialidades”, “possibilidade de *upgrades*” e “uniformização do plano de cuidados”.

Desta forma, através da análise do quadro 5.33, verifica-se que a maioria dos enfermeiros do estudo referiu vantagens no âmbito da organização da informação; acessibilidade; simplificação e simplicidade, do controlo e monitorização.

**Gráfico 5.7 SAPE - Principais Vantagens (Departamentos)**



Fonte: Elaboração Própria

Entre departamentos (gráfico 5.7), verifica-se que os enfermeiros do departamento de Cirurgia referem a “simplificação e facilidade” do SAPE como a principal vantagem, enquanto os departamentos de Medicina e EUCI, salientam a “organização da informação”.

### **5.3.3 SAPE - Principais Desvantagens**

Quando inquiridos sobre as principais desvantagens do SAPE, 159 (77,9%) dos enfermeiros do estudo responderam e 45 (22,1%) enfermeiros da amostra deixaram a questão “em branco”. Dentro da amostra de enfermeiros que responderam a esta questão, sendo esta uma questão aberta, obteve-se um total de 395 respostas, uma vez que cada enfermeiro inquirido apresentou mais do que uma desvantagem.

**Quadro 5.34 SAPE - Principais Desvantagens**

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Não é <i>user friendly</i></b>	121	30,6	14,4	16,2	10,9	9,1	10,6
<b>Bugs e Erros do Sistema</b>	87	22	12,4	9,6	6,3	7,8	7,8
<b>Parametrização e Organização do Sistema</b>	70	17,7	6,8	10,9	6,8	7,1	3,8
<b>Acesso a Indicadores de Monitorização</b>	56	14,3	9,9	4,3	2,3	5,3	6,7
<b>Desumanização de Serviços e Cuidados</b>	40	10,1	3,5	6,6	3,3	3,3	3,5
<b>Investimento/Custos</b>	15	3,8	1,8	2	1,5	0,3	2
<b>Aspeto Gráfico</b>	6	1,5	0,8	0,8	0,8	0,5	0,3
<b>Total</b>	395	100	49,6	50,4	31,9	33,4	34,7

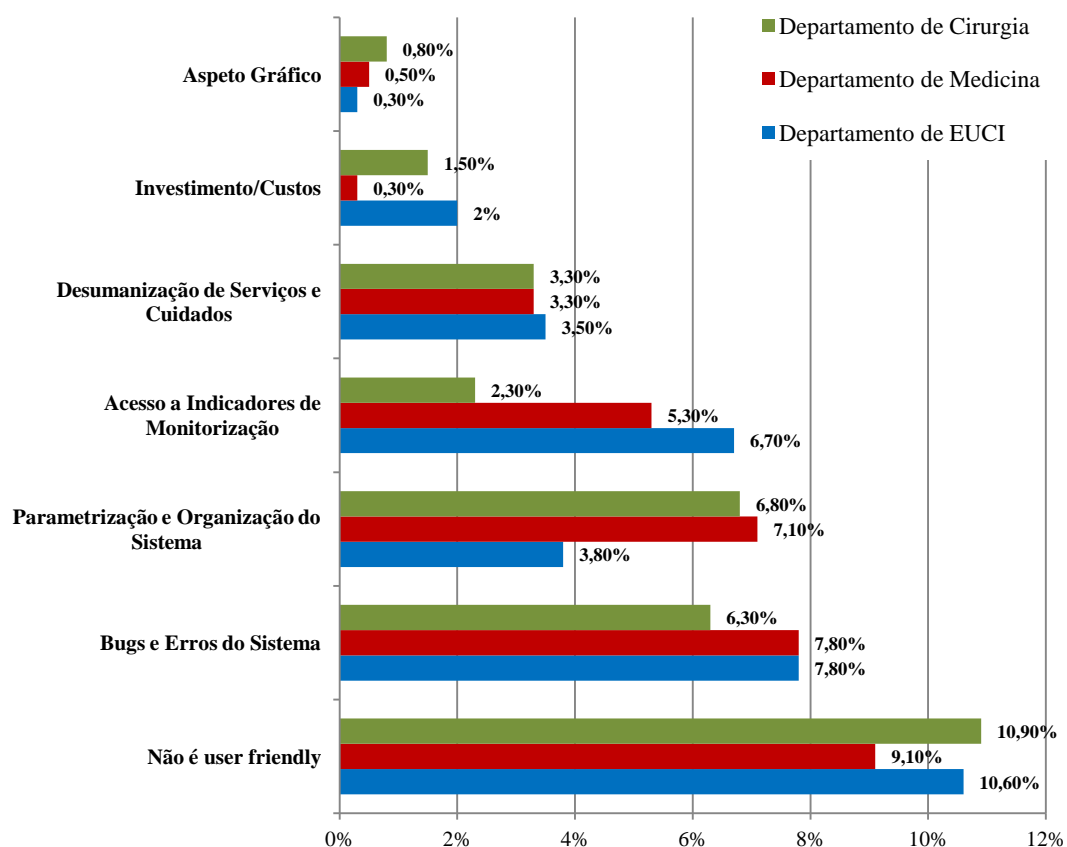
Fonte: Elaboração Própria

No quadro apresentado (5.34), foi realizada uma conversão das respostas dadas, aos sete itens de categorização apresentados. Dentro do item “parametrização e organização do sistema”, foram incluídas as respostas: “não existência de intervenções pré-definidas”, “intervenções insuficientes”, “desajuste ao SCD/E”, “pouco abrangente ao nível dos cuidados”, “linguagem utilizada”, “não responde às necessidades dos utentes”, “negligencia informação”, “discrepâncias na monitorização”, “intervenções e parametrização desadaptadas ao serviço/especialidade”, “Faltam revisões e avaliações”, “não uniformiza os registos” e “informação excessiva”. Relativamente ao “aspeto gráfico”, salientam-se as desvantagens relativas à complexidade do *interface*, e relativamente ao facto de “não ser *user friendly*”, foram integradas as respostas: “é moroso/lento”, “complicado”, “pouco intuitivo”, “promotor de fadiga”, “requer grande dispêndio de tempo na planificação”, “pouco flexível” e promove uma “sobrecarga de trabalho”. Quanto ao item “investimento/custos”, incluem-se: “número insuficiente de computadores”, “falta de formação” e “elevados custos financeiros”. Dentro da “desumanização de serviços e cuidados”, incluíram-se as respostas relativas à “dependência do computador”, “menor tempo junto dos utentes” e “plano de cuidados, pouco personalizado”. O item “bugs e erros do sistema”, foi criado para integrar as respostas: “duplicação de registos”, “a impossibilidade de realizar registos entre as 23h30 e as 00h30”, “perdas de dados por avarias do sistema”, “pouca comunicação com

outras aplicações informáticas e organizações de saúde”, “quando existem falhas no sistema, não há possibilidade de acesso”, “erros e bloqueios da aplicação frequentes”, “possibilidade de se registar aquilo que efetivamente não foi realizado”. No item “acesso a indicadores de monitorização”, incluíram-se as respostas: “não oferece uma visão global do utente”, “não permite a visualização do trabalho do enfermeiro”, “não há individualização dos cuidados”, “dificuldade no acesso a resultados de exames”, “ausência de feedback de indicadores” e “dificuldade na consulta de registos anteriores.

Através da análise do quadro 5.34, verifica-se que a maioria dos enfermeiros salientou o fato do SAPE “não ser *user friendly*”, apresentar desvantagens ao nível da “parametrização e organização do sistema”, “acesso a indicadores de monitorização” e “desumanização de serviços e cuidados”.

**Gráfico 5.8** SAPE - Principais Desvantagens (Departamentos)



Fonte: Elaboração Própria

Entre departamentos (gráfico 5.8), verifica-se uma concordância entre os enfermeiros dos três departamentos, no que toca às desvantagens do SAPE: não é *user friendly* e apresenta muitos “erros e bugs”. Para além destas, os departamentos de

Cirurgia e Medicina, apontaram secundariamente, a fraca “parametrização e organização do sistema”, enquanto os enfermeiros do departamento de EUCI referem o “difícil acesso a indicadores de monitorização”.

### 5.3.4 SAPE - Sugestões de Melhoria

Quando indagados sobre possíveis sugestões de melhoria para o SAPE, considerando a realidade do seu serviço/especialidade, 127 (62,3%) dos enfermeiros do estudo responderam e 77 (37,7%) deixaram a questão “em branco”.

**Quadro 5.35** SAPE - Sugestões de Melhoria

	GERAL		IMPLEMENTAÇÃO		DEPARTAMENTOS		
	F	(%)	Piloto (%)	Não Piloto (%)	Cirurgia (%)	Medicina (%)	EUCI (%)
<b>Organização e Parametrização do Sistema</b>	132	48,7	27,3	21,4	15,5	17,7	15,5
<b>Simplificação e Interfaces de Comunicação</b>	70	25,8	15,1	10,7	5,9	6,3	13,7
<b>Maior Investimento</b>	35	13	4,4	8,5	3,3	5,9	3,7
<b>Tempo Real</b>	23	8,5	5,5	3	3,3	2,2	3
<b>Monitorização do Sistema</b>	8	2,9	2,1	0,8	0,7	1,1	1,1
<b>Abandonar o Sistema</b>	3	1,1	0,7	0,4	0	0,4	0,7
<b>Total</b>	271	100	55,2	44,8	28,7	33,6	37,7

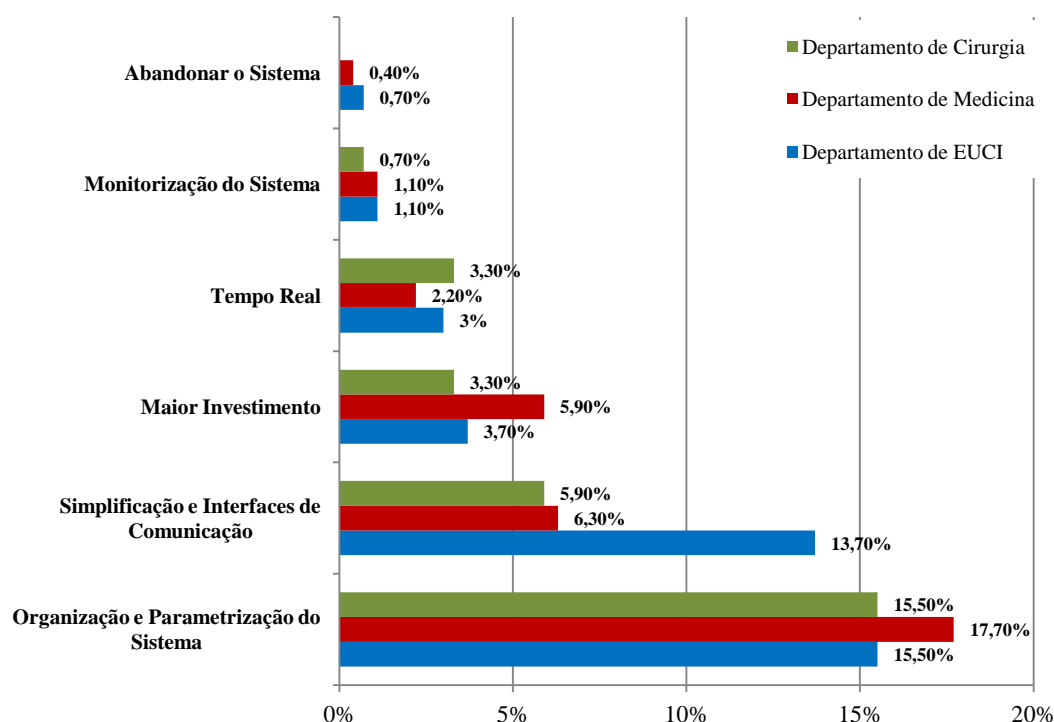
Fonte: Elaboração Própria

No quadro apresentado (5.35), foi realizada uma conversão das respostas dadas, a seis itens de categorização. Dentro do item “tempo real”, foram incluídas as sugestões: “facilitar o acesso aos registos”, “visualizar o processo nas 24 horas”, ajustar o SAPE ao SCD/E”; no item “abandonar o sistema”, sugeriu-se uma reformulação total da aplicação; Ao nível da “organização e parametrização do sistema”, incluíram-se “estabelecer uma melhor articulação da enfermagem e da informática”, “introduzir mais intervenções”, “melhorar SAPE de forma a evitar a duplicação de informação”, “reformular a parametrização”, “permitir uma maior uniformização”, “permitir maior personalização”, “introduzir diferentes intervenções com o mesmo horário” e “melhorar *timings*”. As sugestões ao nível do item “simplificação e interfaces de comunicação”, foram: “aumentar a rapidez da aplicação”, “melhorar a comunicação com outras aplicações”, “criação de mais botões de atalho” e “melhorar a forma de consulta de dados”. Relativamente à “monitorização do sistema”, foram sugeridas “auditorias”,

“criação de normas e protocolos de utilização”, “diminuir o número de erros”, “avaliação periódica do sistema” e “realização de estudos com indicadores retirados do SAPE”. No item “maior investimento”, foi sugerido “a aquisição de mais computadores”, “compensação dos enfermeiros pelo tempo despendido a realizar registos”, “mais formação”, “mais divulgação”, “introdução dos registos junto dos utentes (através de *smartphones* e PDAs)” e “aumentar a dotação de enfermeiros no serviço, uma vez que existe sobrecarga de trabalho”.

Através da análise do quadro 5.35, verifica-se que a maioria dos enfermeiros salientou e apresentou soluções de melhoria no âmbito de uma melhor “organização e parametrização do sistema”, assim como “simplificação de interfaces de comunicação”.

**Gráfico 5.9** SAPE - Sugestões de Melhoria (Departamentos)



Fonte: Elaboração Própria

Entre departamentos (gráfico 5.9), verifica-se uma concordância entre os enfermeiros dos três departamentos, no que toca às sugestões de melhoria para o SAPE, que deverão ser direccionadas para uma melhor “organização e parametrização do sistema” e para a “simplificação e *interfaces* de comunicação”. Curiosamente verificou-se que alguns enfermeiros dos departamentos de Medicina e EUCI, ponderaram um abandono do SAPE, facto que não se verificou no departamento de Cirurgia.

## Capítulo 6. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS DE TRABALHO FUTURO

### 6.1 Sumário

A inovação e expansão tecnológica com a introdução das Novas Tecnologias são uma constante da nossa atualidade. Na área da saúde, também já são visíveis esses avanços. Com a informatização dos cuidados, cabe aos enfermeiros adaptarem-se aos novos meios e tirar partido dos mesmos da melhor forma. O seu impacto atual e futuro pode ser analisado com alguma especificidade, tendo em conta a relação dos enfermeiros com os doentes, ao nível dos cuidados de enfermagem prestados.

De uma forma geral constatou-se que:

- Em média, a população do estudo tinha 30,9 anos de idade;
- O género feminino predominava (75,5%), enquanto o género masculino apenas representava 25,5% da amostra;
- A população do estudo tinha um tempo de exercício profissional médio, na organização, de 7,1 anos;
- A categoria profissional “Enfermeiro” predominava, existindo apenas 11,3% “Enfermeiros Especialistas”;
- 95,1% da amostra faz uma utilização diária da aplicação SAPE;
- 43,1% dos enfermeiros do estudo, não tiveram formação sobre o SAPE. Dos 56,9% que tiveram formação, adquiriram-na maioritariamente no HF e nas escolas de enfermagem.

Relativamente à perspectiva dos enfermeiros, os mesmos, em média, “concordaram totalmente” com as seguintes afirmações: “O SAPE é um instrumento de trabalho” e “Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE”. Por outro lado, em média, os enfermeiros “concordam” com as seguintes afirmações: “A informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia”; “O uso do SAPE reduziu notoriamente os sistemas de informação em suporte papel”; “O SAPE permite a visualização do trabalho realizado pelo enfermeiro”; “A parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem”; “As etapas do PE (Apreciação inicial e Recolha de dados; Interpretação dos dados - Diagnóstico; Planificação das Intervenções; Execução das intervenções - Implementação; Avaliação) são identificadas

no SAPE”; “O SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados”; “O SAPE uniformiza o registo inerente à atividade profissional”; “A comunicação e partilha de informação são facilitadas através do SAPE (evitando caligrafias difíceis de decifrar, por exemplo)”; “O SAPE promove a continuidade dos cuidados”; “O SAPE responsabiliza os enfermeiros, através de um maior controlo daquilo que é registado e de quem regista”; “O SAPE facilita o acesso e consulta de registos anteriores”; “O SAPE fomenta a segurança da informação e a confidencialidade dos dados (por exemplo, através do acesso controlado – *password*)” e “Através do SAPE são extraídos importantes indicadores de gestão para o serviço/especialidade (nº médio de dias de internamento, diagnósticos de enfermagem mais frequentes e prevalência de úlceras por pressão, por exemplo)”. Os enfermeiros, “Nem concordam, nem discordam”, em média, com a seguinte afirmação: “O SAPE promove uma melhoria global na prestação de cuidados”; E “Discordam”, em média com a seguinte: “Os recursos físicos (localização e número de computadores) para a documentação de enfermagem no seu serviço/especialidade, estão adequados à atividade profissional”.

As cinco hipóteses inicialmente propostas foram validadas. A utilização do SAPE é influenciada pelo grupo etário, antiguidade na organização, formação, implementação e pelo departamento em que estão inseridos.

Quando inquiridos relativamente aos fenómenos de enfermagem mais frequentemente identificados do seu serviço/especialidade, no SAPE, os enfermeiros enumeraram: a mobilização e atividade física; a eliminação; os cuidados: higiene e vestuário; a alimentação; o (risco de) queda; o (risco de) úlcera por pressão e a ferida cirúrgica.

Relativamente às principais vantagens do SAPE, os enfermeiros referiram: a organização dos dados e informação dos utentes; o acesso à informação; a simplificação e facilidade do sistema; e o controlo e monitorização proporcionado pelo mesmo. No que toca às desvantagens, foi referido que o SAPE não é *user friendly*; apresentando frequentes *bugs* e erros; que existem lacunas ao nível da parametrização e organização do sistema e que existe dificuldade de acesso a indicadores de monitorização.

Quanto às sugestões de melhoria, os discursos produzidos pelos enfermeiros salientam a importância das mudanças, nomeadamente na organização e parametrização do sistema, assim como ao nível da simplificação e interfaces de comunicação.

Para a realização deste estudo foi indispensável a mobilização de vários conhecimentos já apreendidos anteriormente, tais como algumas noções estatísticas, e alguns conhecimentos sobre CIPE/SAPE. Procurou-se também pesquisar e contactar com as obras de vários autores e com especialistas sobre o tema, para se conseguir abranger variadas ideologias e pontos de vista. Assim, conseguiram-se adquirir novos conhecimentos sobre o tema e ao mesmo tempo perceber um pouco mais sobre os SIE, assim como o seu impacto. Pessoalmente, esta é uma temática e/ou área de grande interesse. Foram atingidos os objetivos projetados e as expectativas pessoais traçadas para este trabalho de investigação.

## **6.2 Recomendações**

Ao nível estratégico, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação dos utilizadores do SAPE, sugere-se à organização (HF), o seguinte:

- Promover o aumento do número anual de ações de formação sobre o SAPE;
- Melhorar a comunicação entre enfermeiros e serviço de informática, nomeando um enfermeiro “elo de ligação” por serviço/especialidade;
- Protocolar e desenvolver normas de utilização específicas para cada serviço/especialidade;
- Realizar avaliações e auditorias frequentes à aplicação;
- Promover junto das chefias dos serviços/especialidades, estudos com indicadores adquiridos através do SAPE;
- Adquirir mais recursos físicos de apoio à documentação de enfermagem (nomeadamente computadores e impressoras).

## **6.3 Limitações do Estudo e Perspetivas de Investigação Futura**

Como limitações do estudo consideraram-se: a disponibilidade dos enfermeiros que operam o SAPE, devido ao horário *roulement* – por turnos; recursos bibliográficos (poucos estudos a nível nacional sobre a opinião dos enfermeiros sobre o SAPE, nos seus contextos) e a inexperiência da investigadora.

No mês de Novembro do corrente ano (2013), deu-se a alteração da denominação da aplicação SAPE, para “SCLínico”, conjugando o SAPE e o SAM na mesma plataforma. A estrutura da aplicação manteve a configuração do SAPE, contudo

considerou-se uma potencial limitação, uma vez que houve alteração na nomenclatura da aplicação, podendo esta nova dinâmica trazer aos utilizadores perspectivas que este estudo não acomoda. Outra limitação prende-se com o facto de não ter sido possível comparar o HF com outra unidade de saúde (*e.g.*) CHBA. Esta limitação é ainda mais proeminente agora, com a integração do HF e do CHBA no Centro Hospitalar do Algarve.

Devido à inexperiência na área da investigação, este estudo é bastante singelo, contudo deixa uma “porta aberta” a possíveis estudos que se possam seguir, de forma a complementar as lacunas existentes nesta área. Mais especificamente, aponta-se a necessidade de estender o estudo a outros serviços/especialidades e a outras realidades hospitalares no sentido de confirmar se grande parte das concordâncias e discordâncias apuradas são o corolário do ambiente organizacional que medeia este sistema, ou são contrariedades que recaem mais na forma como os recursos humanos (enfermeiros) encaram este sistema.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2010) *Tarifário Geral – Acordo de Utilização do software SAPE* [Online]. Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Tarif%C3%A1rio\\_Geral\\_SAPE.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Tarif%C3%A1rio_Geral_SAPE.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Adam, E. (1994) *Ser Enfermeira*, Coleção «Medicina e Saúde», Lisboa, Instituto Piaget.
- Águas, A. C (2010) *Privacidade nos Cuidados de Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP – Porto* [Online], Faculdade das Ciências da Saúde - Universidade Fernando Pessoa, Porto. Disponível em URL: <[http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1947/5/PG\\_15373.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1947/5/PG_15373.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Almeida, A.S. (2011) *Os Sistemas de Gestão da Informação Arquivística nos Hospitais Públicos Portugueses – uma perspetiva atual* [Online], Faculdade de letras – Universidade de Lisboa. Disponível em URL: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6156/1/ulfl109785\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6156/1/ulfl109785_tm.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Almeida, J.F. e J.M., Pinto (1995) *A Investigação nas Ciências Sociais*, 5ª Edição, Lisboa, Editorial Presença.
- Araújo, S.C. (2007) *Segurança na Circulação de Informação Clínica* [Online], Faculdade de Engenharia - Universidade do Porto. Disponível em URL: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/11484/1/Texto%20integral.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Azevedo, P.M. (2010) *Partilha de informação de Enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados* [Online], Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Disponível em URL: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26621/2/Tese%20Mestrado%20Paulo%20Azevedo.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Bardín, L. (2011) *Análise de Conteúdo*, 4ª Edição, Lisboa, Edições 70, Lda.
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*, Coleção Enfermagem nº 3, Coimbra, Quarteto Editora
- Benito, G.A. e A.P. Licheski (2009) *Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde* [Online], Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62, nº 3, 447-50, Brasília. Disponível em URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300018)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Béresniak, A. e G. Duru (1999) *Economia da Saúde*, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores.

- Campos, A.M. (2012) *Satisfação dos Utilizadores de Sistemas de Informação e Documentação de Enfermagem em Suporte Eletrónico: Um estudo no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE* [Online], Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra. Disponível em URL: <[https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21505/1/Ang%C3%A9lica\\_Campos.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21505/1/Ang%C3%A9lica_Campos.pdf)>. [Último Acesso: 6 de Setembro de 2013].
- Campos, L. (2010) *Registo de Saúde Eletrónico* [Online], Portal Tecnológico - ACSS. Disponível em URL: <[http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RSE%20no%20Portugal%20tecnol%C3%B3gico%20\(site\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RSE%20no%20Portugal%20tecnol%C3%B3gico%20(site).pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Cândido, C.J. (2011) *Estratégia Empresarial – Conceitos, Processos e Instrumentos*, Faro, Universidade do Algarve – Faculdade de Economia.
- Cardoso, G., R. Espanha, R. Mendes e E. Cameira (2007a) *Instituições de Saúde e Tecnologias de Informação: Mudança Organizacional e Autonomia* [Online], Apoio à Investigação da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. Disponível em URL: <[http://ser.cies.iscte.pt/index\\_ficheiros/instituicoesSEI.pdf](http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/instituicoesSEI.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Cardoso, G., R. Espanha e P. Puga. (2007b) *Profissionais de Saúde na Era da Informação: Médicos, Enfermeiros e Farmacêuticos* [Online], Apoio à Investigação da Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, 2007b. Disponível em URL: <<http://sei.iscte.pt/docs/profissionais.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Cardoso, M.L. (2010) *Auditoria a um Sistema de Informação Hospitalar – SAM* [Online], Escola Superior de Tecnologia e de Gestão - Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em URL: <[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3988/1/Margarida\\_Cardoso\\_MSI\\_2010.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3988/1/Margarida_Cardoso_MSI_2010.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Carr, N. (2004) *Does IT Matter? Information Technology and the corrosion of competitive advantage*, Massachusetts, Harvard Business School Press.
- CNECV (2011) *Parecer sobre Informação de Saúde e Registos Informáticos de Saúde* [Online], Parecer nº 60 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Disponível em URL: <[http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1318269169\\_CNECV%20P\\_60\\_2011%2010.10.11.pdf](http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1318269169_CNECV%20P_60_2011%2010.10.11.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- CNPD (2005) *Constituição da República Portuguesa de 1976, Artigo 35º - Utilização da Informática (VII Revisão Constitucional - 2005)* [Online], Comissão Nacional de Proteção de Dados – Legislação Nacional. Disponível em URL: <<http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/ARTIGO%2035%20-%20CRP.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Correia, A. (2011). *Sistemas de Informação – Análise e desenvolvimento de sistemas*. Documento de Apoio à unidade curricular Sistemas de Informação e Logística de

unidades de Saúde do 1º curso de Mestrado em Unidades de Saúde (2010/2011) da Faculdade de Economia da Universidade do Algarve.

- Cunha, A.P. (2008) *Supervisão das Práticas Clínicas: O caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem* [Online], Universidade de Aveiro. Disponível em URL: < <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1344/1/2009000050.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Cunha, A.P., J.M. Ferreira e M.A. Rodrigues (2010) *Atitude dos Enfermeiros face ao Sistema Informatizado de Informação em Enfermagem* [Online], Revista Referência, III série, nº 1 de julho de 2010. Disponível em URL: < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n1/v3n1a02.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Cunha, A.P. e L.A. Mota (2007) *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Guia prático*, Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Direção-Geral da Saúde (2012) *Portal do Utente já está Online* [Online], Disponível em URL: < <http://www.dgs.pt/?cr=22490>>. [Último Acesso: 15 de Maio de 2013].
- Diretório de Informação em Saúde (2010) *Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)* [Online], Administração Central do Sistema de Saúde. Disponível em URL: < <http://dis.dgs.pt/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Doenges, M.E. e M.F., Moorhouse (1999) *Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem*, 5ª Edição, Porto Alegre, Artmed.
- Eco, H. (1995) *Como se faz uma Tese em Ciências Humanas*, 6ª Edição, Lisboa, Editorial Presença.
- Espanha, R. (2013) *Informação e Saúde* [Online], Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa e Guide – Artes Gráficas, Lda. Disponível em URL: < <https://ffms.pt/upload/docs/74d04835-2751-433e-a758-abb228c5777.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Espanha, R. e R. Fonseca (2010) *Tecnologias de Informação e Comunicação* [Online], Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Disponível em URL: < [http://ser.cies.iscte.pt/index\\_ficheiros/TIC.pdf](http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/TIC.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Espírito Santo, H. e M. Cunha (2011) *Regras de Escrita de Dissertações de Mestrado – Segundo as normas da American Psychological Association (APA)* [Online], Conselho Científico do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Disponível em URL: < [http://www.ismt.pt/pt-files/pdf/RegrasRedacaoTrabalho\\_Mestrado.pdf](http://www.ismt.pt/pt-files/pdf/RegrasRedacaoTrabalho_Mestrado.pdf)>. [Último Acesso: 15 de Maio de 2013].
- Faculdade de Economia da UALG (2013) *Guia para Elaboração de Trabalho Final de Mestrado (2º ciclos)*. Conselho Científico da Faculdade de Economia da UALG. Versão revista da versão original de 2002.

- Fortin, M.F. (2006) *O Processo de Investigação da Conceção à Realização*, 4ª Edição, Loures, Lusociência.
- Fortin, M.F., J. Côté e F. Filion (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, Loures, Lusodidacta.
- Giddens, A. (2008) *Sociologia*, 6ª Edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, P., N. Paiva e B. Simões (2009) *Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE* [Online], Universidade Nova de Lisboa e ACSS. Disponível em URL: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/48ABFCA1-1A2A-442E-AA41-229FC5CC91A1/0/AnaliseViabilidadeEconomicav11.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Gouveia, L. e J. Ranito (2004) *Sistemas de Informação de Apoio à Gestão*, Porto, SPI – Sociedade Portuguesa de Inovação.
- Greiner, A.C. e E. Knebel (2003) *Health Professions Education: A Bridge to Quality (Quality Chasm Series)* [Online], Institute of Medicine of the National Academies. Disponível em URL: <[http://www.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ib6pckASxjkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=health+professions+education+a+bridge+to+quality&ots=DO0Dq9oY\\_H&sig=XkV6WJYTuusBOj0kOin825EzS8s&redir\\_esc=y#v=onepage&q=health%20professions%20education%20a%20bridge%20to%20quality&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-BR&lr=&id=Ib6pckASxjkC&oi=fnd&pg=PA1&dq=health+professions+education+a+bridge+to+quality&ots=DO0Dq9oY_H&sig=XkV6WJYTuusBOj0kOin825EzS8s&redir_esc=y#v=onepage&q=health%20professions%20education%20a%20bridge%20to%20quality&f=false)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Haux, R. (2006) *Health Information Systems - past, present, future* [Online], International Journal of Medical Informatics <<http://dvpc.com/emr/2006%20-%20Health%20information%20systems%20-%20past,%20present,%20future.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Hicks, C.M. (2006) *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos*, 3ª Edição, Loures, Lusociência.
- Hospital de Faro, EPE (2005) Circular Normativa n.º 31/05 (6 de Maio de 2005).
- Hospital de Faro, EPE (2005) Circular Normativa n.º 88/05 (5 de Agosto de 2005).
- Hospital de Faro, EPE (2006) Circular Normativa n.º 46/06 (20 de Outubro de 2006).
- Hospital de Faro, EPE (2007) *O Hospital* [Online], Faro. <[http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=54](http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=54)>. [Último Acesso: 15 de Maio de 2013].
- Hospital de Faro, EPE (2013) *Relatório de Gestão e Prestação de contas 2012* [Online], Faro. <[http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index.php?option=com\\_content&task=view&id=612&Itemid=197](http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index.php?option=com_content&task=view&id=612&Itemid=197)>. [Último Acesso: 15 de Agosto de 2013].

- Internacional Council of Nurses (2003) *CIPE/Internacional Classification for Nursing Practice Versão Beta 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, 2ª Edição, Associação Portuguesa de Enfermeiros e IGIF.
- Internacional Council of Nurses (2005) *CIPE® Versão 1 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, 1ª Edição, Ordem dos Enfermeiros.
- Internacional Council of Nurses (2011a) *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Santa Maria da Feira, Ordem dos Enfermeiros e Lusodidacta.
- Internacional Council of Nurses (2011b) Health Information Systems using ICNP [Online]. Disponível em URL: <<http://www.icn.ch/pillarsprograms/health-information-systems-using-icnp/>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Junqueiro, R. (2002) *A Idade do Conhecimento: A Nova era Digital*, Lisboa, Editorial Notícias.
- Ketele, J.M. e X. Roegiers (1993) *Metodologia de recolha de Dados – Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudos de Documentos*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Lameirão, S.I. (2007) *Gestão Hospitalar e o uso dos Sistemas de Informação: Aplicação ao CHVR-PR* [Online], Vila Real. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Disponível em URL: <[http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/502/1/msc\\_silslameirao.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/502/1/msc_silslameirao.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Lapão, L.V. (2005) *A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitetura de sistemas e de profissionais altamente qualificados, O problema da saúde – inexistência de informação impossibilita a gestão* [Online], Revista de Estudos Politécnicos, vol. II, nº 4 de 2005, 015-027. Disponível em URL: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/tek/n4/v2n4a02.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Leal, M.T. (2006) *A CIPE® e a Visibilidade da Enfermagem: Mitos Realidades*, Loures, Lusociência.
- Lopes, P.R.P. (2011) *Elaboração de um Catálogo Eletrónico de Enfermagem para a Urgência Hospitalar* [Online], Escola de Engenharia - Universidade do Minho. Disponível em URL: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19939/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MIEBiom%C3%A9dica%20-%20Paulo%20Lopes.pdf>>. [Último Acesso: 15 de Maio de 2013].
- Loureiro, J. (2003) *Gestão do Conhecimento*, Famalicão, Centro Atlântico, Lda.
- Malato, D. (2011) *Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE)* [Online], Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. Disponível em URL:

- <[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/InqueritoPPOC E DadosProgresso2010\\_VFinal\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/InqueritoPPOC E DadosProgresso2010_VFinal_proteg.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Marconi, M.A. e E.M., Lakatos (1999) *Técnicas de Pesquisa*, 4ª Edição, São Paulo, Editora Atlas.
- Marconi, M.A. e E.M., Lakatos (2000) *Metodologia Científica*, 3ª Edição, São Paulo, Editora Atlas.
- Marin, H.F. e I.C., Cunha (2006) *Perspectivas actuais da Informática em Enfermagem* [Online], Revista Brasileira de Enfermagem (Maio-Junho). Disponível em URL: <<http://www.scielo.org/pdf/reben/v59n3/a19v59n3.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Melo, E.C. e B.C., Enders (2013) *Construção de Sistemas de Informação para o processo de Enfermagem: uma revisão integrativa* [Online], Journal of Health Informatics (Janeiro-Março); 5(1): 23-9. Disponível em URL: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/233>>. [Último Acesso: 6 de Setembro de 2013].
- Martins, A., A. Pinto, C. Lourenço, E. Pimentel, I. Fonseca, M. André, M. Almeida, O. Mendes e R. Santos (2008) *Qual o lugar da escrita sensível em enfermagem?* [Online], Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pensar em Enfermagem, Vol. 12, nº 2. Disponível em URL: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008\\_12\\_2\\_52-61.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ministério da Saúde – Brasil (1965) *História e Evolução dos Hospitais* [Online], Departamento Nacional de Saúde do Brasil – Rio de Janeiro. Disponível em URL: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_08.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ministério da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde (2012) *Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem SCD/E – Relatório Anual de 2011* [Online], Lisboa. Disponível em URL: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RELAT%C3%93RIO%20ANUAL%20SCDE%202011cpw.pdf>> [Último Acesso: 15 de Maio de 2013].
- Ministério da Saúde/Direcção-Geral da Saúde (1998) *O Hospital Português*, Lisboa, Antunes & Amílcar, Lda.
- Moreira, C.D. (2007) *Teorias e Práticas de Investigação*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.
- Mota, L.A. (2010) *Sistemas de Informação de Enfermagem: um estudo sobre a relevância da informação para os médicos* [Online], Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Disponível em URL: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55361/2/TeseLilianaMotaMIM.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].

- Nóbrega, M.M. e T.R. Garcia (2009) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: instrumental tecnológico para a prática profissional* [Online], Revista Brasileira de Enfermagem, vol.62, no.5, Brasília, Sept./Oct. 09. Disponível em URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500019)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Nunes, P. (1994) *Tecnologias de Informação*, Mem Martins, Edições CETOP.
- Oliveira, J. (2004) *Sistemas de Informação versus Tecnologias da Informação: um impasse empresarial*, 1ª Edição, São Paulo, Érica, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2007a) *SIE – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais* [Online]. Disponível em URL: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ordem dos Enfermeiros (2007b) *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde* [Online]. Disponível em URL: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ordem dos Enfermeiros (2009a) *Código Deontológico do Enfermeiro - Estatuto da OE* [Online], Publicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Disponível em URL: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ordem dos Enfermeiros (2009b) *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* [Online], Documentos legislativos e Regulamentos da OE. Disponível em URL: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_111-09\\_16\\_Setembro\\_EstatutoOE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ordem dos Enfermeiros (2009c) *Linhas de Orientação para a elaboração de Catálogos CIPE – Conselho Internacional de Enfermeiros* [Online]. Disponível em URL: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/linhas\\_cipe.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/linhas_cipe.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ordem dos Enfermeiros (2013) *Dados Estatísticos 2000-2012* [Online]. Disponível em URL: <[http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados\\_estatisticos/index.html#/2/](http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/index.html#/2/)>. [Último Acesso: 2 de Julho de 2013].
- Pereira, F.M. (2009) *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros* [Online], Universidade do Porto. Disponível em URL: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].

- Pereira, S.N. (2009) *Qualidade em Saúde: O Papel dos Sistemas de Informação* [Online], Departamento de Física da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em URL: <[http://run.unl.pt/bitstream/10362/2664/1/Pereira\\_2009.pdf](http://run.unl.pt/bitstream/10362/2664/1/Pereira_2009.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Peres, H.H.; Cruz, D.A.; Lima, A.C.; Gaidzinski, R.R.; Ortiz, D.C.; Trindade, M.M.; Tsukamoto, R. e & N.B., Conceição (2009) *Desenvolvimento de Sistema Eletrónico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções* [Online], Revista da Escola de Enfermagem da USP. Disponível em URL: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600002)>. [Último Acesso: 15 de Maio de 2013].
- Pinto, L.F. (2009) *Sistemas de Informação e Profissionais de Enfermagem* [Online], Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Disponível em URL: <[http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/355/1/msc\\_lfbpinto.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/355/1/msc_lfbpinto.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Portal da Saúde (2010) *História do Serviço Nacional de Saúde* [Online], Ministério da Saúde. Disponível em URL: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Potter, P.A. e A.G., Perry (2006) *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos*, 5ª Edição, Loures, Lusociência.
- Rascão, J. (2001) *Sistemas de Informação para as Organizações - A Informação Chave para a Tomada de Decisão*, Lisboa, Edições Silabo.
- Rede de Investigadores do Observatório Português dos Sistema de Saúde (2003) *Evolução do Sistema de Saúde* [Online]. Disponível em URL: <<http://www.observaport.org/node/141>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Ribeiro, J.F. (2008) *HOPE – Cuidados de enfermagem apoiados em computação móvel* [Online], Universidade de Aveiro – Departamento de Eletrónica, Telecomunicações e Informática. Disponível em URL: <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/2054/1/2009000980.pdf>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Rocha, A. (2007) *Informática de Saúde – boas práticas e novas perspectivas*, Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Rocha, A. (2010) *Sistemas e Tecnologias de Informação na Saúde*, Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Serrano, A. e C. Fialho (2003) *Gestão do Conhecimento, o novo paradigma das organizações*, Lisboa, FCA – Editora de Informática.

- Silva, A.A. (2006) *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*, Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Silva, A.S. e J.M. Pinto (1990) *Metodologia das Ciências Sociais*, 4ª Edição, Porto, Edições Afrontamento.
- Simões, C. e J. Simões (2007) *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais* [Online], Referencia – Revista de Enfermagem, III serie, nº 1, Junho 07. Disponível em URL: [http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id\\_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id\\_artigo=13&id\\_rev=4&id\\_edicao=4](http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=13&id_rev=4&id_edicao=4). [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Sousa, P.A. (2006) *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de Cuidados de Saúde – um modelo explicativo*, Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Sousa, S. (1997) *Tecnologias de Informação O que são? Para que servem?*, Lisboa, FCA – Editora de Informática.
- Stumpf, M.K. e H.M.R. Freitas (1997) *A gestão da informação em um hospital universitário: o processo de definição do Patient Core Record* [Online], Revista de administração contemporânea, vol.1 no.1 Curitiba Jan./Apr. 1997. Disponível em URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-65551997000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65551997000100005). [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Teixeira, M.J.C., Soares, T., Ferreira, A. e J., Pinto (2012) *Os Contributos dos Sistemas de Apoio à tomada de Decisão para a Prática de Enfermagem* [Online], Journal of Health Informatics (Abril-Junho); 4(2): 59-63. Disponível em URL: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/187> >. [Último Acesso: 6 de Setembro de 2013].
- Thede, L. (2012) *Informatics: Where is it?* [Online], American Nursing Association - *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 17, Nº 1, 23 de Janeiro 12. Disponível em URL: <http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/Informatics/Informatics-Where-Is-It.html>>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Varajão, J.E. (2005) *Arquitetura da Gestão de Sistemas de Informação*, Lisboa, FCA – Editora de Informática.
- World Health Organization (2004) *Health Care Systems in Transition* [Online], European Observatory on Health Systems and Policies, Hit Summary: Portugal, 2004. Disponível em: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/98870/E82937sum.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/98870/E82937sum.pdf)>. [Último Acesso: 2 de Junho de 2012].
- Zorrinho, C. (1995) *Gestão da Informação – condição para vencer*, IAPMEI – Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e ao Investimento.

## Apêndice 1: Questionário Aplicado



FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

CAMPUS DE GAMBELAS

8000-117 Faro, Portugal

Tel.: +351 289 800 915; Fax: +351 289 815 937

MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE - ANO LECTIVO 2011/2012

### QUESTIONÁRIO

#### “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): Novas dinâmicas – a perspetiva dos enfermeiros”

Este questionário insere-se no âmbito da dissertação de mestrado “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): Novas dinâmicas – a perspetiva dos enfermeiros”, integrado no 2º ano do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade do Algarve, orientado pela Professora Doutora Antónia Correia e Dr. Joel Guerreiro. Com este instrumento pretende-se recolher dados relativos à sua opinião face ao SAPE.

Este estudo está centrado num trajeto de investigação, assim, qualquer resultado que revele deste questionário servirá as finalidades do mesmo. Solicita-se desta forma que dê as suas respostas às questões colocadas, dispensando-lhes a máxima atenção e traduzindo nas respostas a sua opinião refletida sobre o tema em apreço. No impresso não deve escrever nada que o possa identificar, uma vez que se pretende garantir o carácter anónimo dos dados.

Desde já, o meu agradecimento por se ter disponibilizado a preencher o questionário.

Gisela Coelho

Preencha ou assinale com uma cruz (X) a sua resposta.

#### GRUPO 1. Dados Pessoais

##### 1.1. Género:

1.1.1. Feminino

1.1.2. Masculino

1.2. Idade: \_\_\_\_\_ anos.

##### 1.3. Habilitações literárias:

1.3.1. Bacharelato

1.3.2. Licenciatura

1.3.3. Mestrado

1.3.4. Doutoramento



**GRUPO 2. Dados na Organização**

**2.1. Categoria profissional:**

2.1.1. Enfermeiro(a)

2.1.2. Enfermeiro(a) Especialista

2.1.3. Outra

**2.2. Tempo de exercício profissional:** \_\_\_\_\_ anos.

**2.3. Tempo de exercício profissional na organização:** \_\_\_\_\_ anos.

**2.4. Serviço/especialidade onde exerce funções atualmente:** \_\_\_\_\_

**2.5. Tempo de exercício profissional nesse local (serviço/especialidade):** \_\_\_\_\_ anos.

**GRUPO 3. Competências Informáticas**

**3.1. Os seus conhecimentos de informática são na ótica do utilizador?**

3.1.1. Sim

3.1.2. Não

3.1.2.1. Se "não", que conhecimentos tem?

\_\_\_\_\_

**3.2. Os conhecimentos de informática que possui são suficientes para operar o SAPE?**

3.2.1. Sim

3.2.2. Não

**3.3. Teve formação sobre o SAPE?**

3.3.1. Sim

3.3.2. Não

3.3.1.1. Se "sim", onde obteve essa formação?

\_\_\_\_\_

**3.4. No seu serviço/especialidade utiliza o SAPE no dia-a-dia de trabalho?**

3.4.1. Sim

3.4.2. Não

3.4.1.1. Se "sim", quais os «fenómenos frequentes» mais identificados no seu serviço/especialidade tendo em conta os focos de atenção detetados?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GRUPO 4. SAPE – Perspetiva dos Enfermeiros**

Em cada questão fechada encontrará uma escala de cinco pontos entre dois extremos semânticos, em que a cada quadrícula corresponde: “**Discordo Totalmente**”, “**Discordo**”, “**Nem Concordo, nem Discordo**”, “**Concordo**” e “**Concordo Totalmente**”, agradece-se que enquanto enfermeiro(a), assinale a sua opinião. Nas questões abertas deverá referir três vantagens e três desvantagens do SAPE, assim como três sugestões de melhoria desta aplicação.

**4.1. A informatização da documentação de enfermagem (registos) acompanha a evolução tecnológica e é uma mais-valia.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.2. Os recursos físicos (localização e número de computadores) para a documentação de enfermagem no seu serviço/especialidade, estão adequados à atividade profissional.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.3. O uso do SAPE reduziu notoriamente os sistemas de informação em suporte papel.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.4. O SAPE é um instrumento de trabalho.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.5. O SAPE permite a visualização do trabalho realizado pelo enfermeiro.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.6. A parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação de enfermagem.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.7. As etapas do Processo de Enfermagem (Apreciação inicial e Recolha de dados; Interpretação dos dados - Diagnóstico; Planificação das Intervenções; Execução das intervenções - Implementação; Avaliação) são identificadas no SAPE.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.8. O SAPE potencia uma melhor gestão no planeamento dos cuidados.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.9. O SAPE uniformiza o registo inerente à atividade profissional.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente



**4.10. A comunicação e partilha de informação são facilitadas através do SAPE (evitando caligrafias difíceis de decifrar, por exemplo).**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.11. O SAPE promove a continuidade dos cuidados.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.12. O SAPE responsabiliza os enfermeiros, através de um maior controlo daquilo que é registado e de quem regista.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.13. O SAPE facilita o acesso e consulta de registos anteriores.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.14. O SAPE fomenta a segurança da informação e a confidencialidade dos dados (por exemplo, através do acesso controlado – *password*).**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.15. Através do SAPE são extraídos importantes indicadores de gestão para o serviço/especialidade (nº médio de dias de internamento, diagnósticos de enfermagem mais frequentes e prevalência de úlceras por pressão, por exemplo).**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.16. O SAPE promove uma melhoria global na prestação de cuidados.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.17. Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em suporte papel, a sua escolha recairia sobre o SAPE.**

Discordo Totalmente      Concordo Totalmente

**4.18. Refira três principais vantagens do SAPE.**

---

**4.19. Refira três principais desvantagens do SAPE.**

---

**4.20. Refira três sugestões de melhoria para o SAPE, tendo em consideração a realidade do seu serviço/especialidade.**

---

Muito Obrigada.

## Apêndice 2: Pedido de Autorização – CHBA

Exma. Sra. Enf.ª Mª Paula M. Morgado da Silva Gonçalves Franco  
Enfermeira-Diretora do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE  
Sítio do Poço Seco,  
8500-338 Portimão

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de instrumento de recolha de dados.

Exma. Sra.,

Eu, Gisela Coelho, enfermeira no Hospital de Faro e aluna do curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade do Algarve, atualmente no 2º ano do mesmo e a realizar dissertação de Mestrado, venho por este meio solicitar autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados que servirá de referência ao estudo: “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): Novas dinâmicas – a perspetiva dos enfermeiros”, nesta organização, dirigida por V.Exª.

O resultado do estudo será posteriormente divulgado ao Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, caso V.Exª considere pertinente.

Sem outro assunto de momento, apresento os meus melhores cumprimentos e agradeço desde já a Sua atenção.

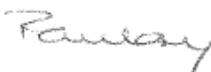


Gisela Bichinho Whittle Coelho  
Contacto: 91 [REDACTED]

Portimão, 11 de Outubro de 2012

Autorizado

11/10/12



Enf.ª Paula Franco  
Enfermeira Diretora  
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

### Apêndice 3: Pedido de Autorização – HF

Direção de Enfermagem

19 OUT. 2012  
19/10/2012

HOSPITAL  
DE FARO E.P.E.

CFIC  
Unidade de Investigação

UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO  
CENTRO DE FORMAÇÃO INVESTIGAÇÃO E  
CONHECIMENTO

#### INFORMAÇÃO

**De:** Miriam Vieira – Unidade de Investigação do CFIC

**PARA:** Ex.mo Sr. Enfermeiro Diretor  
José Vieira dos Santos

**ASSUNTO:** Pedido de Autorização para Aplicação de  
Instrumento de Recolha de Dados – Enf.<sup>a</sup> Gisela Coelho

Vimos por este meio solicitar parecer/autorização de V/Exa, em relação ao pedido que se encontra em anexo, no sentido de autorizar a aplicação de instrumento de recolha de dados sobre o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Mais se informa, que este pedido surge no âmbito do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da UALG.

Com os melhores cumprimentos,

A Unidade de Investigação do CFIC

*Miriam Vieira*  
Miriam Vieira

Data: 18/11/2012  
DESPACHO:

AUTORIZADO  
22/10/2012

*[Assinatura]*  
Vieira Santos  
Enfermeiro Diretor

**Anexos:**

- Ofício com pedido de autorização por parte da investigadora e questionário.

## Apêndice 4: Formulário de “Consentimento livre e esclarecido”



FACULDADE DE ECONOMIA DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

CAMPUS DE GAMBELAS

8000-117 Faro, Portugal

Tel.: +351 289 800 915; Fax: +351 289 815 937

MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** **“Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE):** **Novas dinâmicas – a perspetiva dos enfermeiros”**

Eu, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_, fui informado/a de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a identificar, segundo a perspetiva dos enfermeiros, o impacto atual do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, no \_\_\_\_\_, percebendo os seus fundamentos-base, assim como parte da sua arquitetura, perspetivando possíveis cenários de melhoria neste sistema de partilha de informação.

Sei que neste estudo está prevista a realização de um questionário, tendo-me sido explicado que esta fase visa um trajeto de investigação e que qualquer resultado que revele deste instrumento servirá as finalidades do mesmo.

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

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

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado. Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

**Assinatura do/a participante no estudo:** \_\_\_\_\_

**Assinatura da investigadora:** \_\_\_\_\_

(Gisela Coelho)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

## Apêndice 5: Testes de Hipóteses (Outputs)

### Teste de Hipótese (H1 – Grupo Etário)

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of 4.1 Informatização dos registos acompanha evolução e é mais valiosa is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,174	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of 4.2 Recursos físicos para os registos estão adequados is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,353	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of 4.3 SAPE reduziu suporte em papel is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,702	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of 4.4 SAPE é um instrumento de trabalho is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,465	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of 4.5 SAPE permite a visualização do trabalho realizado is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,202	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of 4.6 Parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,231	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of 4.7 Processo de enfermagem - etapas, são identificadas no SAPE is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,476	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of 4.8 SAPE potencia melhor gestão no planeamento dos cuidados is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,671	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of 4.9 SAPE uniformiza o registo inerente à actividade profissional is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,207	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of 4.10 Comunicação e partilha info são facilitadas através do SAPE is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,744	Retain the null hypothesis.
11	The distribution of 4.11 SAPE promove a continuidade dos cuidados is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,572	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
12	The distribution of 4.12 SAPE responsabiliza enfs através do maior controlo dos registos is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,350	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of 4.13 SAPE facilita acesso e consulta de registos anteriores is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,428	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of 4.14 SAPE fomenta segurança da info e confidencialidade is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,247	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of 4.15 Atraves do SAPE são extraídos indicadores de gestão is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,655	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of 4.16 SAPE promove melhoria na prestação de cuidados is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,402	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of 4.17 Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em papel, escolheria o SAPE is the same across categories of Grupo etario.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,042	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

## Testes de Hipóteses (H2 – Antiguidade na Organização)

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of 4.1 Informatização dos registos acompanha evolução e é mais valiosa is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,199	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of 4.2 Recursos físicos para os registos estão adequados is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,055	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of 4.3 SAPE reduz o suporte em papel is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,773	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of 4.4 SAPE é um instrumento de trabalho is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,036	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of 4.5 SAPE permite a visualização do trabalho realizado is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,023	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of 4.6 Parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,166	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of 4.7 Processo de enfermagem - etapas, são identificadas no SAPE is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,099	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of 4.8 SAPE potencia melhor gestão no planeamento dos cuidados is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,420	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of 4.9 SAPE uniformiza o registo inerente à actividade profissional is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,177	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of 4.10 Comunicação e partilha de info são facilitadas através do SAPE is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,751	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of 4.11 SAPE promove a continuidade dos cuidados is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,194	Retain the null hypothesis.
12	The distribution of 4.12 SAPE responsabiliza efs através do maior controlo dos registos is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,084	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of 4.13 SAPE facilita acesso e consulta de registos anteriores is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,089	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of 4.14 SAPE fomenta segurança da info e confidencialidade is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,050	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of 4.15 Através do SAPE são extraídos indicadores de gestão is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,011	Reject the null hypothesis.
16	The distribution of 4.16 SAPE promove melhoria na prestação de cuidados is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,189	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of 4.17 Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em papel, escolheria o SAPE is the same across categories of Grupo Ex. Profissional Org.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,011	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

## Teste de Hipótese (H3 – Formação)

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of 4.1 Informatização dos registos acompanha evolução e é mais válida is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,003	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of 4.2 Recursos físicos para os registos estão adequados is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,005	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of 4.3 SAPE reduziu suporte em papel is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,202	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of 4.4 SAPE é um instrumento de trabalho is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,006	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of 4.5 SAPE permite a visualização do trabalho realizado is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,088	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of 4.6 Parametização no SAPE é um fator-chave na documentação is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,039	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of 4.7 Processo de enfermagem - etapas, são identificadas no SAPE is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,108	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of 4.8 SAPE potencia melhor gestão no planeamento dos cuidados is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,034	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of 4.9 SAPE uniformiza o registo inerente à actividade profissional is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,324	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of 4.10 Comunicação e partilha info são facilitadas através do SAPE is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,370	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of 4.11 SAPE promove a continuidade dos cuidados is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,011	Reject the null hypothesis.
12	The distribution of 4.12 SAPE responsabiliza enfs através do maior controlo dos registos is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,134	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of 4.13 SAPE facilita acesso e consulta de registos anteriores is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,244	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of 4.14 SAPE fomenta segurança da info e confidencialidade is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,402	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of 4.15 Através do SAPE são extraídos indicadores de gestão is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,221	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of 4.16 SAPE promove melhoria na prestação de cuidados is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,215	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of 4.17 Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em papel, escolheria o SAPE is the same across categories of 3.3 Teve formação sobre SAPE?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,072	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

## Teste de Hipótese (H4 – Implementação)

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of 4.1 Informatização dos registos acompanha evolução e é mais valiosa is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,019	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of 4.2 Recursos físicos para os registos estão adequados is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,213	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of 4.3 SAPE reduziu suporte em papel is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,607	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of 4.4 SAPE é um instrumento de trabalho is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,623	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of 4.5 SAPE permite a visualização do trabalho realizado is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,794	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of 4.6 Parametriação no SAPE é um fator-chave na documentação is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,019	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of 4.7 Processo de enfermagem - etapas, são identificadas no SAPE is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,383	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of 4.8 SAPE potencia melhor gestão no planeamento dos cuidados is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,202	Retain the null hypothesis.
9	The distribution of 4.9 SAPE uniformiza o registo inerente à actividade profissional is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,035	Reject the null hypothesis.
10	The distribution of 4.10 Comunicação e partilha info são facilitadas através do SAPE is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,689	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of 4.11 SAPE promove a continuidade dos cuidados is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,032	Reject the null hypothesis.
12	The distribution of 4.12 SAPE responsabiliza efs através do maior controlo dos registos is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,128	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of 4.13 SAPE facilita acesso e consulta de registos anteriores is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,941	Retain the null hypothesis.
14	The distribution of 4.14 SAPE fomenta segurança da info e confidencialidade is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,345	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of 4.15 Através do SAPE são extraídos indicadores de gestão is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,814	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of 4.16 SAPE promove melhoria na prestação de cuidados is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,710	Retain the null hypothesis.
17	The distribution of 4.17 Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em papel, escolheria o SAPE is the same across categories of Serviço Piloto ou não ?.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,873	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

## Teste de Hipótese (H5 – Departamento)

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of 4.1 Informatização dos registos acompanha evolução e é mais valiosa is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,262	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of 4.2 Recursos físicos para os registos estão adequados is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,250	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of 4.3 SAPE reduziu suporte em papel is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,004	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of 4.4 SAPE é um instrumento de trabalho is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,105	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of 4.5 SAPE permite a visualização do trabalho realizado is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,010	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of 4.6 Parametrização no SAPE é um fator-chave na documentação is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,246	Retain the null hypothesis.
7	The distribution of 4.7 Processo de enfermagem - etapas, são identificadas no SAPE is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,228	Retain the null hypothesis.
8	The distribution of 4.8 SAPE potencia melhor gestão no planeamento dos cuidados is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,004	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of 4.9 SAPE uniformiza o registo inerente à actividade profissional is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,480	Retain the null hypothesis.
10	The distribution of 4.10 Comunicação e partilha info são facilitadas através do SAPE is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,005	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

**Hypothesis Test Summary**

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
11	The distribution of 4.11 SAPE promove a continuidade dos cuidados is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,013	Reject the null hypothesis.
12	The distribution of 4.12 SAPE responsabiliza enfs através do maior controlo dos registos is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,116	Retain the null hypothesis.
13	The distribution of 4.13 SAPE facilita acesso e consulta de registos anteriores is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
14	The distribution of 4.14 SAPE fomenta segurança da info e confidencialidade is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,494	Retain the null hypothesis.
15	The distribution of 4.15 Através do SAPE são extraídos indicadores de gestão is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,319	Retain the null hypothesis.
16	The distribution of 4.16 SAPE promove melhoria na prestação de cuidados is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,012	Reject the null hypothesis.
17	The distribution of 4.17 Se tivesse de optar entre o SAPE e o registo em papel, escolheria o SAPE is the same across categories of Departamento (qual é?).	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.