



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros na Elaboração de Registos de Enfermagem em Sala de Emergência

Catarina Asseiceira Hilário Rufino

Leiria, março de 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA
MESTRADO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros na Elaboração de Registos de Enfermagem em Sala de Emergência

Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Catarina Asseiceira Hilário Rufino, aluna nº 5120355

Unidade Curricular: Dissertação

Professor Orientador: Professor Doutor José Carlos Quaresma

Leiria, março de 2015

AGRADECIMENTOS

A concretização deste estudo não seria possível sem o apoio e colaboração de um conjunto de pessoas e instituições. Endereço, desta forma, os meus sinceros agradecimentos a todos os que contribuíram para a execução deste estudo, nomeadamente:

Ao Professor Doutor José Carlos Quaresma, pela orientação, disponibilidade e dedicação durante todo este percurso.

A todas as instituições que colaboraram neste estudo, nomeadamente Centro Hospitalar Lisboa Central, Centro Hospitalar do Oeste, Hospital de Santarém, Hospital de Vila Franca de Xira e Unidade Local de Saúde Norte Alentejano.

A todos os enfermeiros que dedicaram algum do seu tempo a contribuir para este estudo com a sua participação no mesmo.

Aos amigos que estiveram sempre presentes e vivenciaram de perto esta etapa da minha vida académica.

Aos meus pais, Diogo e Bruno, as pessoas mais importantes na minha vida por todo o amor, apoio e motivação mesmo nos momentos mais difíceis deste percurso.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADERE-SE – Avaliação das Dificuldades na Elaboração dos Registos de Enfermagem em Sala de Emergência

AFERE-SE – Avaliação da Frequência de Elaboração dos Registos de Enfermagem em Sala de Emergência

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ENG – Entubação Naso-gástrica

EOT – Entubação Oro-traqueal

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MEPSC – Mestrado em Enfermagem À Pessoa em Situação Crítica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

RCR – Reanimação Cardiorrespiratória

RE – Registos de Enfermagem

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SE – Sala de Emergência

SU – Serviço de Urgência

RESUMO

Este estudo de investigação teve como objetivo principal estudar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de registos de enfermagem em sala de emergência.

Inicialmente realizámos um estudo exploratório, em que entrevistámos 3 enfermeiros que exercessem funções em sala de emergência. A partir dos dados recolhidos elaborámos um questionário que foi aplicado a uma maior amostra. O questionário permitiu-nos caracterizar a amostra, assim como colher informações relacionadas com registos de enfermagem, nomeadamente frequência dos registos, dificuldades sentidas na sua elaboração e estratégias facilitadoras de elaboração dos mesmos. Permitiu-nos também construir duas escalas, uma que avalia a frequência de elaboração dos registos de enfermagem em sala de emergência (AFERE-SE) e outra que avalia as dificuldades na elaboração de registos de enfermagem em sala de emergência (ADERE-SE). Ambas as escalas apresentam boas propriedades psicométricas. A análise dos dados realizou-se através do programa informático SPSS, versão 21.

O estudo demonstra maiores dificuldades na elaboração de registos de enfermagem em sala de emergência pelos enfermeiros que referem que não registam todas as intervenções realizadas em sala de emergência ($t = - 5,143$; $p < 0,01$).

Na dimensão da escala ADERE-SE que avalia o suporte de registos, existe uma correlação negativa estatisticamente significativa com a frequência de elaboração dos registos de enfermagem em sala de emergência [$r_{(118)} = - 0,216$, $p < 0,05$].

Em relação à dimensão da escala ADERE-SE que avalia a ocupação da SE, verificamos uma correlação negativa estatisticamente muito significativa com a idade [$r_{(118)} = - 0,269$, $p < 0,01$] e com o tempo de enfermagem [$r_{(118)} = - 0,247$, $p < 0,01$]. Apresenta ainda correlações positivas estatisticamente muito significativas com a frequência de elaboração dos registos de enfermagem [$r_{(118)} = 0,274$, $p < 0,01$].

Palavras-Chave: Sala de Emergência; Doente Crítico; Registos de Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this investigation study was to determine the difficulties encountered by nurses when producing nursing records in emergency room.

Initially held an exploratory study in which we interviewed three nurses who exert functions in the emergency room. From the data collected we developed a questionnaire that was applied to a larger sample. The questionnaire allowed us to characterize the sample, as well as gather information related to nursing records, including attendance records, difficulties in developing and facilitating strategies to make the products. The data analysis generated two scales: one scale which assessed the frequency of nursing records (AFERE-SE) and another which identified the hazards faced in obtaining the nursing records in emergency room (ADERE-SE). Both scales enhance good psychometric properties. The data analysis was conducted through the computer program SPSS, version 21.

The study shows greater difficulties in the development of nursing records in the emergency room nurses who reported that no record all interventions in emergency room ($t = - 5,143; p < 0,01$).

In the scale dimension “ADERE-SE” which evaluates how the records are retained, a significant statistical negative correlation is evidenced in the frequency of nursing records in emergency room [$r_{(118)} = - 0,216, p < 0,05$].

In the scale dimension “ADERE-SE” which evaluates the occupancy rate of the emergency room, a significant statistical negative correlation is identified with the age of nurses [$r_{(118)} = - 0,269, p < 0,01$] and their nursing practice [$r_{(118)} = - 0,247, p < 0,01$]. It also provides significant statistical positive correlation with the frequency of performing the nursing records [$r_{(118)} = 0,274, p < 0,01$].

Keywords: Emergency Room; Critical Patients; Nursing Records.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 15

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 19

1.1. OS REGISTOS COMO INSTRUMENTO BÁSICO EM ENFERMAGEM 19

1.2. ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DE UMA SALA DE EMERGÊNCIA 23

1.3. OS REGISTOS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO
DOENTE CRÍTICO 25

2. MATERIAL E MÉTODOS 28

2.1. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO 30

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA 31

2.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 32

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 51

2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO 53

3. RESULTADOS 54

3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL 54

3.2. HIPÓTESES EM ESTUDO 63

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 69

5. CONCLUSÃO 78

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 80

ANEXOS

ANEXO I – Modelo de *Utstein*

ANEXO II – Guião da entrevista

ANEXO III – Consentimento informado para a realização das entrevistas

ANEXO IV – Questionário

ANEXO V – Consentimento informado para aplicação do questionário

ANEXO VI – Pedido de autorização para realização das entrevistas

ANEXO VII – Pedido de autorização para a aplicação dos questionários

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – *Scree Plot* da Escala AFERE-SE 42

GRÁFICO 2 – *Scree Plot* da Escala ADERE-SE 47

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Frases Significativas – Dinâmica Sala de Emergência 34

QUADRO 2 – Frases Significativas – Dificuldades na elaboração de RE em SE 35

QUADRO 3 – Frases Significativas – Sugestões para facilitar a elaboração de RE em SE
36

QUADRO 4 – Frases Significativas – Momentos de elaboração RE em SE 37

QUADRO 5 – Frases Significativas – Intervenções mais / menos registradas em SE 38

QUADRO 6 – Frases Significativas – Estratégias utilizadas para a elaboração dos RE em
SE 38

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Itens da Escala AFERE-SE 40

TABELA 2 - Escala AFERE-SE - correlações de cada item com a nota global e alfa de *Cronbach* 41

TABELA 3 – Valor KMO Escala AFERE-SE 41

TABELA 4 – Escala AFERE-SE - Análise fatorial dos componentes principais e sua variância após rotação varimax 42

TABELA 5 – Escala AFERE-SE - estrutura fatorial e respectivos *loadings* 43

TABELA 6 – Escala AFERE-SE – alfa de *Cronbach* total da escala e seus fatores 43

TABELA 7 – Escala AFERE-SE – correlação entre os fatores e nota global 44

TABELA 8 – Escala AFERE-SE – índice de discriminação dos itens aos extremos 44

TABELA 9 – Escala AFERE-SE – Caracterização dos enfermeiros participantes por registos elaborados 45

TABELA 10 - Itens da Escala ADERE-SE 45

TABELA 11 - Escala ADERE-SE - correlações de cada item com a nota global e alfa de *Cronbach* 46

TABELA 12 - Valor KMO Escala ADERE-SE 47

TABELA 13 - Escala ADERE-SE - Análise fatorial dos componentes principais e sua variância após rotação varimax 47

TABELA 14 – Escala ADERE-SE - estrutura fatorial e respectivos *loadings* 48

TABELA 15 – Escala ADERE-SE - alfa de *Cronbach* total da escala e seus fatores 49

TABELA 16 – Escala ADERE-SE- correlação entre os fatores e nota global	49
TABELA 17 – Escala ADERE-SE - índice de discriminação dos itens aos extremos	50
TABELA 18 – Escala ADERE-SE - Caracterização dos enfermeiros participantes por dificuldades	50
TABELA 19 – Caracterização dos enfermeiros participantes segundo a idade (anos)	54
TABELA 20 - Distribuição dos enfermeiros participantes por sexo	54
TABELA 21 – Distribuição dos enfermeiros participantes por grau acadêmico	55
TABELA 22 – Distribuição dos enfermeiros participantes por área de mestrado	55
TABELA 23 – Caracterização dos enfermeiros participantes segundo o tempo de enfermagem e o tempo de experiência em SE (anos)	55
TABELA 24 - Caracterização dos enfermeiros participantes quanto à detenção ou não de especialidade em enfermagem	56
TABELA 25 – Distribuição dos enfermeiros participantes por área de especialidade que detêm	56
TABELA 26 – Caracterização dos enfermeiros participantes segundo o tempo de especialidade (anos)	56
TABELA 27 - Distribuição dos enfermeiros participantes que realizam RE em Suporte de Papel	57
TABELA 28 – Distribuição dos enfermeiros participantes que realizam RE em Suporte Informático	57
TABELA 29 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com o sistema de registo informático utilizado	57
TABELA 30 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a resposta quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação contemplam todas as intervenções realizadas ao doente na SE/Reanimação até à sua transferência	58

TABELA 31 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com as intervenções de enfermagem menos registadas em SE 58

TABELA 32 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a resposta quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos em formato narrativa 59

TABELA 33 – Distribuição dos enfermeiros participantes que responderam “SIM” quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos em formato narrativa, mediante a sua dificuldade/facilidade 59

TABELA 34 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a resposta quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos “fechados” 60

TABELA 35 – Distribuição dos enfermeiros participantes que responderam “SIM” quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos “fechados”, mediante a sua dificuldade/facilidade 60

TABELA 36 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a frequência e momento de realização dos RE 61

TABELA 37 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com as estratégias utilizadas para facilitar a elaboração dos RE em SE 62

TABELA 38 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com as estratégias sugeridas para facilitar a elaboração dos RE em SE 63

TABELA 39 – Média ponderada, desvio padrão e *t de Student* da Escala de ADERE-SE, por sexo 63

TABELA 40 – Média ponderada, desvio padrão e *t de Student* da Escala de ADERE-SE, por detenção de especialidade em enfermagem 64

TABELA 41 – Média ponderada, desvio padrão e *t de Student* da Escala de ADERE-SE, por enfermeiros que registam / não registam todas as intervenções de enfermagem em SE 65

TABELA 42 – Correlação entre a Escala ADERE-SE e a idade, o tempo de enfermagem, o tempo de experiência em SE e a Escala de AFERE-SE (n=118) 68

INTRODUÇÃO

Na prática da enfermagem os registos são um instrumento fundamental na medida em que são os registos de enfermagem (RE) que dão visibilidade às nossas intervenções enquanto enfermeiros, documentando assim os cuidados prestados.

A investigação em enfermagem é muito importante uma vez que é através dela que podemos aprimorar a nossa prática, caminhando no sentido de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem. Desta forma e com o objetivo de contribuir para a qualidade da nossa profissão, apresentamos esta dissertação enquadrada no âmbito da unidade curricular Dissertação do 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (MEPSC), da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Leiria.

Durante toda a componente teórica e prática deste MEPSC, as aprendizagens foram muitas, sendo que, as nossas próprias curiosidades perante as temáticas e tudo o que íamos vivenciando foram uma crescente ao longo de toda esta etapa. Uma das curiosidades que nos acompanhou ao longo de todo o nosso percurso surgiu em discussão com os colegas com experiência na prestação de cuidados em Serviços de Urgência (SU), onde percebemos que existem locais onde os RE em Sala de Emergência (SE) muitas vezes não se realizam, ou, quando elaborados, não transpõem a realidade das intervenções realizadas pelos enfermeiros.

Um dos Ensinos Clínicos (EC) que nos fascinou, no âmbito deste mestrado, foi realizado no SU, onde optámos por desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEPSC) exclusivamente em SE. De facto, neste EC constatámos e vivenciámos as dificuldades na elaboração dos RE quando prestamos cuidados de enfermagem ao doente crítico em SE. Estas nossas vivências levaram a que nos questionássemos relativamente a este facto, ficando com a curiosidade de perceber o porquê de os RE em SE não serem elaborados de forma adequada. Seria devido à dinâmica de uma SE? Seria devido ao sistema de informação em enfermagem não ser facilitador para a concretização de registos em ambientes como o da SE?

Foi desta forma que emergiu a ideia de concretizarmos um trabalho de investigação na área dos RE em SE, de forma a percebermos a dimensão das dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE.

O Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012, p.8) define urgência como sendo “um processo que exige intervenção de avaliação e / ou correção num curto espaço de tempo (curativa ou paliativa)”. Por emergência entende-se “um processo para a qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível”. Por sua vez, a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), definem doente crítico como “aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

Pimpão, Filho, Vaghetti e Lunardi (2010) afirmam que quando não há registos de enfermagem que contemplem as intervenções de enfermagem realizadas, grande parte do trabalho e o esforço despendido tornam-se invisíveis aos olhos dos outros. Costa, Paz e Souza (2010), dizem ainda que informação não registada é informação que se perde, adiantando ainda que a escassez de registos sugere uma má prática na enfermagem.

Assim, tendo por base o exposto, decidimos realizar um estudo de investigação que estudasse as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de registos de enfermagem em sala de emergência.

Algumas foram as questões de investigação que surgiram como linha orientadora para a elaboração deste estudo, nomeadamente:

- Como são elaborados os RE em SE?
- Quais as intervenções de enfermagem menos registadas em SE?
- Quando são elaborados os RE em SE?
- Qual a frequência de elaboração dos RE em SE?
- Quais as dificuldades que os enfermeiros sentem na elaboração de RE em SE?

- Quais as estratégias utilizadas / sugeridas pelos enfermeiros para ultrapassar as dificuldades em elaborar RE em SE?

De forma a obtermos resposta a estas questões, realizámos inicialmente um estudo exploratório em que entrevistámos enfermeiros que prestassem cuidados ao doente em SE. Através deste estudo, constatámos que os enfermeiros sentem dificuldades na elaboração dos RE em SE e ao refletirmos sobre este problema foram surgindo outras questões, nomeadamente:

- Existe relação entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e a frequência de registo das intervenções de enfermagem?
- As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE em SE estão relacionadas com alguma variável sócio-demográfica e / ou profissional?

Assim, de forma a quantificarmos a dimensão do problema em estudo e também estudarmos possíveis relações entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e as variáveis em estudo, realizámos posteriormente um estudo quantitativo, transversal, do tipo correlacional. A concretização do estudo foi realizada através da aplicação de um questionário construído com base nos resultados obtidos através do estudo exploratório. Esse questionário foi aplicado a enfermeiros que prestam cuidados ao doente em SE.

Desta forma, atendendo ao que descrevemos anteriormente, definimos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar as intervenções de enfermagem mais registadas em SE;
- Identificar as dificuldades na elaboração de RE em SE;
- Estudar as estratégias adotadas e sugeridas pelos enfermeiros para facilitar a elaboração de RE em SE;
- Verificar a existência de correlação entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e a frequência de registo das intervenções de enfermagem em SE;

- Estudar a existência de relações entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais.

Este estudo encontra-se estruturado em cinco partes: a primeira parte apresenta um enquadramento teórico, através de uma revisão crítica da literatura onde abordaremos a temática dos RE, dinâmica de uma SE bem como a temática dos RE na prestação de cuidados ao doente crítico; na segunda parte abordaremos a metodologia utilizada neste estudo de investigação fazendo referencia às hipóteses de investigação, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos formais e éticos e tratamento estatísticos. Seguidamente são apresentados os resultados obtidos bem como a discussão dos mesmos. Na última parte são apresentadas as considerações finais da investigação, com as conclusões retiradas deste estudo, limitações e sugestões para investigações futuras.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para Fortin (2009) o enquadramento teórico permite que aprofundemos a problemática que pretendemos estudar servindo de base à concretização do estudo uma vez que a informação já existente sobre o tema em estudo vai determinar os métodos a serem utilizados.

Neste capítulo iremos apresentar os dados resultantes da pesquisa bibliográfica efetuada sendo que iremos abordar os principais conceitos inerentes à problemática em estudo.

1.1. OS REGISTOS COMO INSTRUMENTO BÁSICO EM ENFERMAGEM

Os registos de enfermagem surgiram inicialmente como sendo um meio de comunicação entre profissionais de saúde no que diz respeito a dados clínicos do doente.

Carrijo e Oguisso (2006) referem que, em 1856, Florence Nightingale descreveu como fundamental que os factos observados pelo enfermeiro deveriam ser relatados ao médico de forma precisa e correta. Com o evoluir dos anos os RE assumiram características específicas dentro de cada instituição de saúde, servindo como ferramentas facilitadoras para o planeamento de intervenções de enfermagem.

Com o desenvolvimento e evolução da profissão de enfermagem os RE foram sendo cada vez mais valorizados uma vez que eram fundamentais para a perceção do estado de saúde dos doentes e sua evolução.

Zoehler e Lima (2000), citado por Matsuda, Évora e Coimbra (2006) referem que o facto de existirem diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados ao utente, a comunicação e as informações partilhadas entre profissionais de saúde torna-se fundamental para garantir a continuidade do cuidado. Foi perante esta necessidade que os enfermeiros instituíram a elaboração de RE bem como a “passagem de turno”, sendo este último um meio de comunicação verbal para a transmissão de informações sobre os utentes entre dois turnos.

Desta forma e devido à importância que os RE foram adquirindo, estes foram considerados um dos instrumentos básicos em enfermagem, que contribuem para uma prestação de cuidados de qualidade. Grais, Marques, Simões e Amendoeira (2000) defendem que os registos, como instrumento básico em enfermagem, são imprescindíveis no dia-a-dia dos enfermeiros tanto na prestação de cuidados como na sua continuidade.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2 (2011, p.99) classifica o ato de “registar” como sendo uma ação e define-a como “Descrever: formular uma evidência ou informação que constitui o testemunho do que ocorreu ou foi dito”.

Para além de os RE constituírem um histórico de informações relativas à evolução de um doente, refletem todos os cuidados de enfermagem prestados em prol do doente sendo o reflexo desses cuidados no estado geral do doente. Araújo, Simões e Silva (1998), citados por Franco, Akemi e Inocento (2012), dizem que os registos de enfermagem são um meio de demonstrar o trabalho executado pela equipa de enfermagem, constituindo um indicador de qualidade da prestação de cuidados. Potter e Perry (2003, p. 118) acrescentam ainda que os RE são “uma comunicação escrita, legal e definitiva, que inclui informações sobre os cuidados de saúde prestados a um dado utente”. Essas informações devem ser registadas após cada contacto com o utente. Assim, o registo é, segundo as mesmas autoras, um relato contínuo do estado de saúde do utente, podendo ser consultado por qualquer elemento da equipa de saúde.

Os RE devem ser o espelho da nossa prestação de cuidados, enquanto enfermeiros, e os mesmos deveriam refletir sempre a nossa prestação de cuidados, com base em todas as etapas do processo de enfermagem. Para Simões e Simões (2007), os RE, muitas das vezes, não refletem os cuidados que foram prestados aos utentes, não sendo possível planejar os cuidados a prestar. Desta forma, os RE não servem de elo de ligação nem de meio de comunicação intra e / ou inter-equipas. Associado a estes acontecimentos está a não utilização ou a utilização deturpada dos modelos de cuidados de enfermagem adotados pelas instituições. Para Pimpão, Filho, Vagheti e Lunardi (2010), quando não há RE que contemplem as intervenções de enfermagem realizadas, grande parte do trabalho e o esforço despendido tornam-se invisíveis aos olhos dos outros. Costa, Paz e Souza (2010) reforçam esta ideia ao afirmarem que a informação que não é registada é informação que se perde, sendo que, a escassez de registos sugere uma má prática de enfermagem. Franco, Akemi e Inocento (2012) acrescentam ainda que o preenchimento

incorreto, a falta de periodicidade e continuidade dos RE são fatores que impossibilitam qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo perícias que possam ajudar juridicamente o profissional e a instituição. Para Linch, Muller-Staub e Rabelo (2010) os RE devem conter informações descritivas, completas, claras e objetivas de todo o processo de enfermagem. Estes devem conter ainda informações relatadas pelos utentes, observações realizadas pelos enfermeiros que contribuam para o planeamento das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados obtidos pela implementação das intervenções de enfermagem.

Os RE realizam-se essencialmente em dois suportes: em suporte de papel e em suporte informático, no entanto, em Portugal, estamos a evoluir para os registos informatizados, na medida em que existem diversas plataformas informáticas para a realização de registos, dependendo essa plataforma de cada instituição. Existem, no entanto, vantagens e desvantagens para estes dois grandes suportes de RE. Num estudo realizado em 2001, no Brasil, relativamente à perceção do enfermeiro no que diz respeito aos registos em suporte de papel, Santos, Paula e Lima (2003) concluíram que o sistema manual de RE é desmotivante na medida em que não satisfaz a complexidade dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, os enfermeiros participantes nesse estudo referiram que perdem muito tempo a redigir os registos e que, por esse motivo, permanecem longos períodos de tempo afastados dos utentes.

Para Franco, Akemi e Inocento (2012) e Pimpão, Filho, Vagheti e Lunardi (2010), existem diversos estudos que investigaram a qualidade dos registos de enfermagem em diversos serviços hospitalares, essencialmente enfermarias e unidades de cuidados intensivos. A maioria dos estudos concluiu que a qualidade dos registos de enfermagem não vão ainda ao encontro do que se encontra preconizado. Essas falhas nos registos de enfermagem são justificadas pelos respetivos profissionais como sendo devidas à escassez de profissionais de enfermagem, de tempo, de organização e o tipo de impresso para registo. Linch, Muller-Staub e Rabelo (2010) acrescentam ainda outros aspetos como a carência de conhecimentos e o uso de registos manuais.

Relativamente aos registos informáticos, Hurquart e Currel (2005) dizem-nos que estes, através de um conjunto de dados estruturados, são preenchidos por completo pela equipa de enfermagem, conferindo assim um aumento da qualidade dos RE. Segundo os mesmos autores este sistema de registos também tem as suas desvantagens, especialmente no

período de implementação do sistema, em que a execução dos RE poderá despende de mais tempo uma vez que a equipa de enfermagem ainda se encontra em fase de adaptação. Para Linch, Muller-Staub e Rabelo (2010) o avanço da tecnologia através de registos informáticos, aliado ao uso de sistemas de classificação, podem aumentar o número de registos e melhorar a sua qualidade.

Segundo o documento emitido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE) referente aos dados obtidos através do inquérito enviado pela OE às instituições aderentes ao Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2012), apesar de o trabalho dos enfermeiros ser reconhecido, é fundamental demonstrar a importância e o impacto dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos utentes. Desta forma, e indo ao encontro do que já referi anteriormente, os sistemas de informação em enfermagem são fundamentais para os RE, utilizando uma linguagem classificada, neste caso, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Através deste mesmo documento, é perceptível que, das instituições aderentes a este programa, ainda existem muitas instituições a realizar os RE em sistema de registos de papel.

A OE (2007) criou um documento intitulado “sistemas de informação em enfermagem – princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais” onde refere a emergência e salienta a importância da informatização dos serviços de saúde. A OE pretende assim maximizar o potencial dos registos eletrónicos através da utilização obrigatória da CIPE®. A utilização desta classificação nos registos informatizados permite a produção automática de indicadores, desenvolvimento da investigação, monitorização da qualidade, formação, tomada de decisão no que diz respeito a políticas de saúde, necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional.

A elaboração de RE tem ainda um enquadramento legal contemplado na lei portuguesa através do decreto-lei nº 161/96, que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e que diz que cabe ao enfermeiro “avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados” (artigo nº5 do REPE). Por outro lado, segundo o mesmo decreto-lei, o enfermeiro, no que diz respeito ao direito do utente ao

cuidado, tem o dever de, entre outras intervenções, garantir a continuidade dos cuidados, “registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (artigo nº83 do REPE).

1.2. ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA DE UMA SALA DE EMERGÊNCIA

Tendo em conta que este estudo visa essencialmente estudar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE considerámos pertinente a criação de um sub-capítulo referente à dinâmica de uma SE. É do nosso conhecimento que uma SE tem as suas características e particularidades na medida em que, toda a gestão necessária numa prestação de cuidados ao doente crítico em SE poderá ter implicações diretas na elaboração dos RE.

A organização de um SU obedece a alguns critérios. Segundo o Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (2012), a estrutura física dos Serviços de Urgência é variável, devendo incluir, necessariamente, uma área de admissão e registo, uma área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência / críticos (com capacidade para suporte avançado de vida), área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares bem como áreas não assistenciais.

Também no que se refere à organização dos recursos humanos na abordagem ao doente crítico existem alguns critérios a serem cumpridos. As Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes (2006) defendem que as equipas de profissionais constituídas devem ser diferenciadas e fixas e que deve haver a nomeação de um responsável pela SE. No que se refere aos registos, as mesmas recomendações orientam para a criação de registos simples, mensuráveis e auditáveis bem como uma informatização clínica. O mesmo documento alerta para a necessidade de planos de formação, utilização de sistemas de triagem e protocolos de atuação, definição de circuitos de comunicação bem como para a elaboração de um regulamento da SE.

Pereira (2008) salienta que a SE se caracteriza pela complexidade e heterogeneidade das patologias, onde há uma constante “luta contra o tempo”, o que exige dos profissionais um equacionamento célere, uma tomada de decisão imediata bem como uma perícia na execução dos procedimentos. A sala de emergência é assim um espaço essencial para a estabilização do doente crítico, sendo que, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2010), no que se refere à Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente

Traumatizado, a sala de emergência deve ser dotada dos recursos necessários, organizados e preparados para a reanimação. A equipa multidisciplinar deve ser organizada, coesa e coordenada, sólida, em termos de suporte científico e experiência. Esta equipa deverá estar assim preparada para realizar uma avaliação primária e estabilização inicial num período de tempo inferior a vinte minutos e uma avaliação secundária num período de tempo inferior a uma hora. Para Mellick e Adams (2009), a discórdia nos procedimentos adotados, as falhas na liderança e na comunicação entre a equipa, o *stress* e a falta de organização podem gerar um ambiente caótico e confuso uma vez que desviam o foco de atenção da equipa.

Os enfermeiros que prestam cuidados em SE deverão ter formação e competências adquiridas na área do doente crítico. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, através do Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro refere que o enfermeiro que presta cuidados em SE deve reunir uma série de competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão (de recursos humanos e materiais e em situações de exceção), no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico e prevenção de complicações, procurando sempre a excelência dos cuidados.

Passador e Canavezi (2008), citado por Fernandes, Vancini, Cohrs e Moreira (2010), afirmam que, numa SE, encontrando-se os doentes em estado crítico, o enfermeiro depende de mais tempo com o doente, sendo que, por exemplo, num caso de Paragem Cardiorrespiratória (PCR), é o enfermeiro que muitas das vezes é responsável pela avaliação primária e pelo início das manobras de reanimação. Assim, o enfermeiro deve registar essas informações de forma completa e detalhada, o que exige conhecimento, competência e disponibilidade desse profissional.

Pereira (2008) afirma que o alargamento dos critérios de admissão à SE para situações de instabilidade fisiológica, que não sejam as contempladas na classificação vermelha da triagem de Manchester pode ser prejudicial à sua operacionalidade. Assim, segundo o mesmo autor, seria fundamental que o regulamento da SE (proposto nas Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes) defina o tempo limite de permanência na sala por episódio bem como o método a adotar no caso de capacidade esgotada.

1.3. OS REGISTOS DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE CRÍTICO

As Recomendações para a Organização dos Cuidados de Saúde Urgentes e Emergentes (2006), no que se refere aos registos, mais precisamente ao sistema informático clínico prevê algumas melhorias como a criação de um módulo informático clínico que abarque todos os registos passíveis de serem elaborados no SU (de todos os profissionais). Considera-se ainda fundamental que o aplicativo seja de fácil utilização (ecrã táctil, de registo fácil), que garanta a identificação e responsabilidade nominal dos profissionais (quer através de *password* ou de impressão digital) e que permita o uso corrente de protocolos clínicos e de cuidados (nos doentes crónicos e em situações de alto risco).

A DGS (2010), relativamente à Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, no que diz respeito aos registos, afirma que estes são fundamentais na medida em que permitem analisar a incidência, prevalência geográfica, causas e severidade da lesão, identificação do acesso de cuidados, eficácia do tratamento e desvio das normas, resultados e custos associados. Em relação aos RE, o mesmo documento afirma que a continuidade dos RE contribui para a melhoria da qualidade da abordagem e tratamento do doente traumatizado.

Uma das situações clínicas frequentes na Sala de Emergência são as PCR. Fernandes, Vancini, Cohrs e Moreira (2010) realizaram um estudo de investigação no sentido de perceberem a qualidade dos RE em situações de Reanimação Cardiorrespiratória (RCR). Este estudo foi realizado num hospital de São Paulo onde a pesquisa incidiu em doentes com PCR, seguida de óbito (com exceção de doentes internados em unidades pediátricas e serviço de urgência). Nesta investigação concluiu-se que os RE perante uma situação de PCR não são realizados de forma sequencial e, quando presentes, as informações são escassas.

Os mesmos autores reforçam assim que o registo das intervenções de enfermagem durante uma PCR é fundamental de forma a serem avaliados sinais e sintomas iniciais bem como a sequência e eficácia das intervenções realizadas. Só desta forma se obtém a garantia da segurança e apoio legal para o utente e para o profissional.

Segundo Avansi e Meneghin (2008), na década de 90, surgiu um modelo padronizado de colheita de dados e registo das manobras de RCR – o modelo de *Utstein*. Este modelo

favorece um registo sequencial das intervenções realizadas numa situação de PCR, evitando assim que informações importantes sejam perdidas. Este protocolo engloba assim uma colheita de dados sobre o utente, a etiologia da PCR (causas imediatas, ritmo cardíaco inicial) e os dispositivos pré-existentes (acesso venoso, drogas, ventilação mecânica, ...), os cuidados prestados ao utente (compressões, via aérea, desfibrilhação) e a hora dos eventos (hora deteção, de confirmação, de início de manobras, hora em que a via aérea foi obtida, hora 1º choque, hora em que cada droga foi utilizada e hora de fim RCR). A última parte corresponde aos resultados da RCR, dados acerca da equipa de profissionais envolvida bem como dados de seguimento após RCR (anexo I).

Este é um modelo maioritariamente de registos “fechados” em que na maioria dos pontos-chave tem várias possibilidades de resposta, bastando assinalar a opção que se adequa à situação em causa. Para além destes itens de resposta “fechada” tem também itens de resposta “rápida”, que consiste em preencher espaços em branco (com nome terapêutica, horas, dosagens). Existe ainda, no final do modelo, um espaço onde são permitidas “notas corridas” para registar qualquer informação adicional. Consideramos que este modelo poderá ser facilitador na medida em que permite que o enfermeiro vá estando alerta para todas as intervenções que deve registar uma vez que essas intervenções já se encontram “pré-definidas”, bastando ao enfermeiro ir selecionando as opções corretas nas intervenções realizadas.

Grisante, Silva, Ayoub, Belinelo, Onofre e Lopes (2013) realizaram um estudo em S. Paulo, numa unidade de cuidados intensivos onde investigaram a qualidade dos RE em contexto de PCR, através da comparação dos RE realizados na unidade com os registos preconizados pelo modelo de *Utstein*. Neste estudo, de uma amostra de 60 processos clínicos, 16 foram excluídos por ausência de RE referentes à RCR. Esta ausência de informação, segundo Assunção e Dalri (2010), impede a avaliação da qualidade das intervenções realizadas, desvalorizam o tempo e o trabalho despendido pela equipa de enfermagem, colocando igualmente o profissional em risco sob o ponto de vista legal.

Para além da ausência total de registos, Grisante, Silva, Ayoub, Belinelo, Onofre e Lopes (2013) identificaram outras informações / intervenções que muitas vezes não são registadas, como por exemplo a pré-existência de dispositivos (por exemplo, estabelecimento de via aérea definitiva), registo da causa imediata e ritmo inicial da PCR,

registo da hora da PCR, registo do uso de drogas e doses das mesmas, registo de realização de RCR e desfibrilhação.

De acordo com Nolan e Gwinnutt (2007), sendo a PCR uma situação stressante, que envolve um grande número de profissionais, muitas vezes se perde o controlo sobre o que é feito durante a prestação de cuidados ao utente. Desta forma, Lopes, Silva, Palomo, Gonzalez, Pires, Gutierrez e Ferreira (2012) consideram importante a implementação de instrumentos que padronizem as informações relativas aos registos a efetuar durante o atendimento à pessoa vítima de PCR como o protocolo de *Utstein*.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A fase metodológica para Fortin (2009) consiste na identificação dos meios para realizar a investigação. A mesma autora estabelece que os elementos principais da fase metodológica são os meios onde o estudo é realizado, a seleção dos sujeitos a participar e o tamanho da amostra, o tipo de estudo, os instrumentos de colheita de dados bem como o tratamento dos dados. Assim, neste capítulo, pretendemos caracterizar o estudo, onde descreveremos todos os procedimentos realizados para a sua concretização.

Como constatámos no capítulo anterior, existem diversos estudos que fazem referência aos RE no SU, contudo, não há estudos com especial relevância na SE. Verificámos que, os RE, quando elaborados, não refletem os cuidados prestados aos utentes (Simões e Simões, 2007). Constatámos ainda que, os RE, quanto à sua qualidade, não vão ao encontro do que se encontra preconizado (Franko, Akemi e Inocento, 2012). Os estudos que revelam estes dados foram realizados essencialmente em enfermarias e unidades de cuidados intensivos. Sabemos que a dinâmica de uma SE em nada se compara com a dinâmica de uma enfermaria ou de uma unidade de cuidados intensivos, na medida em que, um dos objetivos primordiais numa SE é a estabilização do doente (crítico) para que este possa ser transferido para uma unidade de internamento. Esta dinâmica é caracterizada por Pereira (2008) como uma constante “luta contra o tempo”, sendo que, para Mellick e Adams (2009), o próprio *stress* presente numa SE pode gerar um ambiente caótico e confuso.

Ao refletirmos acerca desta temática surgiram algumas questões de investigação que serviram como linha orientadora para a elaboração deste estudo, nomeadamente:

- Como são elaborados os RE em SE?
- Quais as intervenções de enfermagem menos registadas em SE?
- Quando são elaborados os RE em SE?
- Qual a frequência de elaboração dos RE em SE?

- Quais as dificuldades que os enfermeiros sentem na elaboração de RE em SE?
- Quais as estratégias utilizadas / sugeridas pelos enfermeiros para ultrapassar as dificuldades em elaborar RE em SE?

De forma a obtermos resposta a estas questões realizámos um estudo exploratório de abordagem qualitativa, através da aplicação de três entrevistas semi-estruturadas. Após a realização das entrevistas, os dados obtidos foram sujeitos a uma análise de conteúdo e divididos por categorias. Ao analisarmos o conteúdo das entrevistas, devido à variedade de dados colhidos, construímos duas possíveis escalas: uma para avaliar a frequência de elaboração de RE em SE e outra para avaliar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE. À medida que íamos analisando as entrevistas, foram surgindo outras questões para as quais pretendíamos obter respostas: existe relação entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e a frequência de registo das intervenções de enfermagem? as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE em SE estão relacionadas com alguma variável sócio-demográfica e / ou profissional?

Assim, para obtermos uma resposta a estas últimas questões enunciadas realizámos um estudo quantitativo, transversal, do tipo correlacional. A concretização deste estudo foi realizada através da aplicação de um questionário construído com base nos resultados obtidos através do estudo exploratório.

Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar as intervenções de enfermagem mais registadas em SE;
- Identificar as dificuldades na elaboração de RE em SE;
- Estudar as estratégias adotadas e sugeridas pelos enfermeiros para facilitar a elaboração de RE em SE;
- Verificar a existência de correlação entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e a frequência de registo das intervenções de enfermagem em SE;

- Estudar a existência de relações entre as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE e algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais.

Neste estudo considerámos como variável dependente as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração RE em SE e como variáveis independentes: sócio-demográficas (sexo e idade) e profissionais (detenção de especialidade em enfermagem, tempo de enfermagem e tempo de experiência em SE, os registos de enfermagem contemplarem / não contemplarem todas as intervenções elaboradas em SE) assim como a frequência de elaboração de RE em SE.

2.1. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Uma vez que nenhum autor por nós consultado relaciona as dificuldades dos enfermeiros na elaboração de RE em SE com outras variáveis optámos por elaborar sete hipóteses de investigação (H₁ a H₇) de forma a investigar se há algum tipo de relação / correlação entre as dificuldades dos enfermeiros na elaboração de RE em SE e as restantes variáveis por nós definidas. Assim, temos como hipóteses de investigação:

H₁: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão relacionadas com o sexo;

H₂: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão relacionadas com o facto de os enfermeiros serem / não serem detentores de especialidade em enfermagem;

H₃: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão relacionadas com o facto de os enfermeiros terem respondido que os RE contemplam / não contemplam todas as intervenções de enfermagem realizadas em SE;

H₄: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão correlacionadas com a idade;

H₅: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão correlacionadas com o tempo de enfermagem;

H6: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão correlacionadas com o tempo de experiência em SE;

H7: As dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE estão correlacionadas com a frequência de elaboração de registos de enfermagem em SE.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para Fortin (2009) a população alvo corresponde ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos. Assim, para este estudo de investigação a população foram todos os enfermeiros a exercer funções em SE, (inseridas em SU polivalentes ou SU médico-cirúrgicos). Após definida a população, para a mesma autora, é necessário definir a amostra que se caracteriza pelo grupo de sujeitos retirados da população alvo. Esta corresponde à fração da população sobre a qual se desenvolve a investigação, devendo por isso ser representativa da população alvo do estudo.

Foram enviados pedidos de autorização para a aplicação do questionário para todos os Hospitais com SU polivalente e médico-cirúrgico de Portugal Continental. Fizeram parte da amostra todos os enfermeiros que responderem de forma completa ao questionário e que prestam cuidados ao doente crítico em SE, nas seguintes unidades de saúde que autorizaram a realização deste estudo: Centro Hospitalar Lisboa Central (Hospital S. José), Centro Hospitalar do Oeste Norte (Hospital de Caldas da Rainha e Hospital de Torres Vedras), Hospital de Santarém, Hospital de Vila Franca de Xira e Unidade Local Saúde Norte Alentejano (Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre).

A amostra utilizada foi não probabilística na medida em que foi constituída pelo número de enfermeiros que se disponibilizou para responder na totalidade ao questionário. Para Fortin (2009), numa amostragem não probabilística não é dada aos elementos a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra do estudo.

Foram distribuídos uma totalidade de 260 questionários, sendo que apenas foram recolhidos 118 questionários (45,38%), que foram objeto de tratamento estatístico.

Participaram neste estudo os enfermeiros que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: exercerem enfermagem num SU médico-cirúrgico ou polivalente e exercerem funções na SE. Não definimos qualquer tipo de critério de exclusão.

2.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Como já referimos anteriormente, este estudo foi constituído por um estudo exploratório de abordagem qualitativa e por um estudo quantitativo, transversal, do tipo correlacional.

A colheita de dados, para a realização do estudo exploratório, foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas que foram realizadas a três enfermeiros que cumpriam os critérios de inclusão para este estudo. Para Streubert e Carpenter (2013), esta é uma das formas mais utilizadas para a recolha de dados qualitativos.

A formação da amostra de um estudo qualitativo difere da seleção de amostra de um estudo quantitativo na medida em que não há necessidade de selecionar os indivíduos participantes de forma aleatória, sendo que os participantes são selecionados com a finalidade de descreverem uma experiência em que participaram (Streubert e Carpenter, 2013).

Assim, a amostra deste estudo qualitativo é uma amostra, classificada por Field e Morse (1985), citado por Streubert e Carpenter (2013) como “amostra intencional”. Segundo os mesmos autores, neste tipo de amostra, o investigador deve entrevistar tantos indivíduos, quanto os necessários para obter uma compreensão que responda à sua pergunta de investigação. Desta forma, a amostra constituída incluiu três enfermeiras de dois hospitais distintos, conforme apresentamos resumidamente:

E1 – 28 anos, Enfermeira há 8 anos, com 7 anos de experiência em SE. Licenciada em Enfermagem, pós-graduada em Anestesia e Emergência, Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e a iniciar Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia;

E2 – 32 anos, Enfermeira há 11 anos, com os mesmos anos de experiência em SE. Licenciada em Enfermagem;

E3 – 44 anos, Enfermeira há 20 anos, com 15 anos de experiência em SE. Licenciada em Enfermagem.

A realização de entrevistas apenas a três enfermeiros prendeu-se com o facto de, à medida que íamos realizando as entrevistas apercebemo-nos de que as respostas eram semelhantes em muitos aspetos, alcançando assim a saturação. Para Morse (1994), citado por Streubert e Carpenter (2013, p.29), a saturação refere-se “à repetição de informação

e a confirmação de dados anteriormente colhidos”. Desta forma considerámos que a realização de mais entrevistas não iria trazer vantagens para a continuidade do estudo uma vez que os dados obtidos com a realização das mesmas bem como toda a informação recolhida com a pesquisa bibliográfica já permitiam a construção de um instrumento de colheita de dados para aplicar a uma amostra maior e, dessa forma, estudar mais aprofundadamente as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE em SE.

Para a realização das entrevistas foi elaborado um guião orientador, com quatro pontos-chave (anexo II) que serviam para orientar a entrevista. As entrevistas foram realizadas nos respetivos serviços onde os enfermeiros exerciam funções, durante o horário de trabalho destes. Nas entrevistas, após apresentação do presente estudo, foram explicados todos os direitos que o entrevistado teria, tendo sido reforçado o facto de este poder abandonar a sua participação a qualquer momento da entrevista. Todos aceitaram colaborar na investigação, manifestando por escrito o seu consentimento (anexo III). Os testemunhos dos entrevistados foram recolhidos com recurso a um gravador digital e a sua transcrição foi realizada imediatamente após a realização de cada entrevista.

No início das entrevistas foi solicitado aos entrevistados que descrevessem a dinâmica da SE de forma a que pudessemos, mediante a descrição realizada, direccionar a entrevista para algum aspeto que fosse importante para a investigação. Posteriormente os entrevistados eram questionados relativamente ao facto de apresentarem dificuldades na elaboração dos RE bem como os motivos dessas dificuldades e as estratégias utilizadas e propostas para superar essas dificuldades.

As entrevistas, depois de transcritas, foram submetidas a uma análise de conteúdo, onde dividimos as frases significativas por seis categorias. Foi através dessas categorias que construímos duas possíveis escalas sendo que os itens de cada uma dessas escalas foram construídos com base nas frases significativas das entrevistas, conforme podemos constatar abaixo.

Da análise das entrevistas, emergiram assim as seguintes categorias:

- Dinâmica Sala de Emergência:

Quando questionados acerca da dinâmica da SE, surgiram algumas frases significativas relacionadas com o facto de a própria dinâmica da SE poder contribuir para a existência de dificuldades na elaboração dos RE. Desta forma, através dessas frases significativas (quadro 1), extraímos a seguinte informação que considerámos pertinente para a construção da Escala de Avaliação das Dificuldades na Elaboração de RE em SE:

- ✓ Défice de enfermeiros na prestação de cuidados na SE (frases 1 e 6);
- ✓ Lotação SE ser inferior às necessidades (frases 2, 3, 4, 5 e 7);
- ✓ Permanência do doente na SE mesmo após estabilização do mesmo (frase 4);
- ✓ Presença de vários enfermeiros na prestação de cuidados em SE (frases 6 e 8).

Quadro 1- Frases significativas – Dinâmica Sala de Emergência.

Frases significativas – Dinâmica Sala de Emergência
1. “ (...) um enfermeiro escalado na SE (...)” – E1 ;
2. “ (...) uma lotação, supostamente, para 3 doentes (...)” – E1 ;
3. “ (...) critério para sala de emergência (...) doente estaria em risco de vida (...) não acontece (...)” – E1 ;
4. “A SE deveria ser só utilizada para estabilização do doente (...) não acontece (...). Por não conseguirmos ter vaga (...) o doente permanece durante mais tempo na SE.” – E1 ;
5. “A SE tem capacidade para 3 pessoas (...) acaba por haver uma outra vaga (...)” – E2
6. “ (...) não há um enfermeiro escalado para a SE (...) conseguimos sempre ajuda dos colegas (...) há situações em que chega um enfermeiro na SE (...) às vezes temos que ser três.” - E3 ;
7. “ (...)tem capacidade para três utentes (...) já tivemos três mas é mesmo muito raro (...) mais frequente é termos só um. (...) depois de estabilizados são logo transferidos”. – E3 ;
8. “ (...)há um colega que fica com a medicação (...) outro vai fazendo as notas (...) ou então é no final, o colega que teve com o doente (...) faz os registos de tudo.” – E3 ;

- Dificuldades na elaboração de RE em SE

Quando questionados em relação às dificuldades na elaboração dos RE em SE foram diversas as frases significativas, sendo que, foi através destas frases significativas (quadro 2), juntamente com as referidas na categoria anterior, que definimos a maioria dos itens da Escala de Avaliação das Dificuldades na Elaboração de RE em SE. Construámos assim os seguintes itens:

- ✓ Necessidade constante de vagas urgentes na SE (frases 1 e 3);
- ✓ As transferências inesperadas de doentes (frases 1 e 3);

- ✓ Tipo de suporte de registos na SE contemplar registos “fechados” (frases 2 e 5);
- ✓ Tipo de suporte de registos contemplar poucos itens de “resposta fechada” (frases 2 e 5);
- ✓ Tipo de suporte de registos contemplar registos em narrativa (frases 4 e 5);
- ✓ Carência de tempo para realização dos RE (frases 6, 8 e 9);
- ✓ Défice de enfermeiros na prestação de cuidados na SE (frases 7, 8 e 9);
- ✓ Grande afluência de doentes à SE (frase 8);
- ✓ Lotação SE ser inferior às necessidades (frase 9);
- ✓ Falta de disponibilidade mental para a realização dos RE (frase 10).

Quadro 2 – Frases significativas – Dificuldades na elaboração de RE em SE.

Frases significativas – Dificuldades na elaboração RE em SE
1. “Sim [em relação a existências de falhas na elaboração dos RE], (...) porque quando estamos a fazer registos, na maioria das vezes, o doente já lá não está (...) havendo por isso maior probabilidade de falhas.” – E1 ;
2. “Os sinais vitais são registados no momento (...) o seu registo é mais fácil e não despende de tanto tempo.” – E1 ;
3. “Quando nós precisamos de uma vaga urgente, temos que tirar o doente (...) e ainda nem fizemos as notas.” – E1 ;
4. “O Alert apenas nos permite fazer notas corridas, os registos de evolução e o registo de sinais vitais.” – E1 ;
5. “É mais fácil registar os sinais vitais “porque não são registados em texto corrido (...), ao contrário das notas de enfermagem em que temos de escrever tudo em notas corridas o que exige mais tempo.” – E1 ;
6. “notas mais completas (...) aumenta o tempo para despender para essas notas... muitas vezes não temos.” – E1 ;
7. “um enfermeiro (...) mesmo que estejam só 3 doentes é muito difícil de gerir.” – E1 ;
8. “ (...) as condicionantes que existem: (...) afluência muito grande de doentes, por apenas ser um enfermeiro na SE (...) não nos dá muito tempo para registos.” – E1 ;
9. “(...) por falta de tempo (...) quando a sala está lotada (...) ou escassez de enfermeiros, acabamos por pecar nos registos.” – E2 ;
10. “(...) somos uma profissão que tem tendência para agir e registar fica muitas vezes esquecido.” – E2 .

- Sugestões para facilitar a elaboração de RE em SE

Alguns dos itens da Escala de Avaliação das Dificuldades na Elaboração de RE em SE foram ainda selecionados com base em frases significativas relativamente às sugestões

para facilitar a elaboração dos RE em SE (quadro 3). Desta forma, construímos os seguintes itens:

- ✓ Inexistência de um sistema de registos que contemple os pontos-chave de referência no doente crítico (frases 1, 2 e 3);
- ✓ Inexistência de um sistema de registos mais intuitivo (frase 2);
- ✓ Inexistência de um sistema de registos mais rápido (frases 1, 2 e 3);
- ✓ Tipo de suporte de registos contemplar poucos itens de “resposta fechada” (frase 3);
- ✓ Tipo de suporte de registos contemplar registos em narrativa (frase 3).

Quadro 3 – Frases significativas – Sugestões para facilitar elaboração de RE em SE.

Frases significativas – Sugestões para facilitar elaboração RE em SE
1. “Havia necessidade de um registo próprio (...) mais rápido (...) focalizado para os doentes em SE.” – E1 ;
2. “Instrumento que focalizasse diretamente (...) mais intuitivo (...) mais rápido.” – E1 ;
3. “(...) campos em branco de preenchimento obrigatório (...) registos livres deviam ser muito menores (...) uma coisa esquematizada de fácil preenchimento e rápida (...) por tópicos por exemplo como A, B, C, D, E, e com algumas notas dentro de cada tópico para serem preenchidas (...)” – E2 .

- Momentos de elaboração dos RE em SE

As frases significativas (quadro 4) que fazem referência aos momentos de elaboração dos RE serviram para elaborar uma questão em que os enfermeiros responderiam, mediante várias opções quando realizavam os seus RE em SE.

A primeira frase significativa levou-nos a questionar com que frequência é que o enfermeiro elabora os RE: depois ou imediatamente antes de o doente ser transferido.

A segunda frase significativa, por ser pouco explícita, levou-nos a questionar a frequência com que os enfermeiros fazem os seus RE após as intervenções de enfermagem e após cada uma das intervenções de enfermagem.

A terceira frase levou-nos a questionar qual a frequência com que os enfermeiros realizam os seus registos depois de o doente estar hemodinamicamente estável.

Quadro 4 – Frases significativas – momentos de elaboração dos RE em SE.

Frases significativas – Momentos de elaboração dos RE em SE
1. “(...) são sempre feitos à posteriori (...) muitas vezes já encaminhámos o doente (...) só depois é que conseguimos fazer as notas (...)” – E1 ;
2. “(...) posso não fazer logo de imediato (...)” – E2 ;
3. “(...) primeiro estabilizamos o doente e só depois é que fazemos registos.” – E3 .

- Intervenções de enfermagem mais / menos registadas em SE

Ao construir a Escala de Avaliação da Frequência de Elaboração dos RE em SE, que avalia a frequência com que algumas intervenções de enfermagem são registadas, tivemos em conta as frases significativas (quadro 5) que mencionavam as intervenções de enfermagem mais e menos registadas por cada enfermeiro. Desta forma, construímos os seguintes itens da escala:

- ✓ Sinais Vitais (frases 1, 6 e 10);
- ✓ Escala de Coma de Glasgow (frases 1 e 10);
- ✓ Indicação oral para a administração de terapêutica (frases 2, 3, 7, 9 e 10);
- ✓ Algaliação sob prescrição médica (frases 5, 7, 8 e 10);
- ✓ Terapêutica prescrita (frases 1, 2, 7, 9 e 10);
- ✓ Entubação nasogástrica por indicação médica (frases 5, 7 e 10);
- ✓ Outras indicações médicas prescritas (frases 5, 7 e 10);
- ✓ Intervenções protocoladas (frases 5, 7 e 10);
- ✓ Entubação nasogástrica por iniciativa do enfermeiro (frases 4, 5 e 10);
- ✓ Notas de entrada (frases 4, 5 e 10);
- ✓ Lavagem vesical (frases 4, 8 e 10);
- ✓ Outras intervenções realizadas pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (frases 4, 7 e 10);
- ✓ Algaliação por iniciativa do enfermeiro (frases 4, 5, 8 e 10).

Quadro 5- Frases significativas – Intervenções de enfermagem mais/menos registadas em SE.

Frases significativas – Intervenções de enfermagem mais/menos registadas em SE
1. “ (...) o que se encontra pré-definido no Alert, não há muita margem para falha (...) no registo de sinais vitais ou no registo da medicação.” – E1 ;
2. “ (...) escrevemos em notas de enfermagem (...) administração por prescrição oral (...) medicação administrada pela VMER ou SIV.” – E1 ;
3. “ (...) o que escrevemos mais em notas são as prescrições que são feitas por indicação oral (...)” – E1 ;
4. “ (...) o registo das nossas intervenções autónomas fica (...) mais aquém.” – E1 ;
5. “Normalmente regista-se o estado do doente à chegada e vai-se registando a evolução dele e as nossas intervenções como ENG, algaliações (...)” – E1 ;
6. “(...) a parte dos sinais vitais (...) é quase sempre feita (...) registos livres ficam um pouco aquém. (...) às vezes, mesmo situações críticas que ocorram, ficam por registar.” – E2 ;
7. “(...) tudo o que é prescrito pelo médico (...) fica registado (...) em termos da nossa autonomia (...) não registamos (...) nem valorizamos.” – E2 ;
8. [Em relação a intervenções que não regista]“(...) alteração cutânea, (...) algaliação, (...) lavagem vesical por ter sedimento (...)” – E2 ;
9. “(...) a medicação se calhar às vezes há qualquer coisa que passa (...)” – E3 ;
10. “(...) não há registo nenhum...zero...nem sinais vitais, e não é tao raro assim (...) há colegas que pura e simplesmente não registam nada.” – E3 .

- Estratégias utilizadas para facilitar elaboração dos RE em SE

As frases significativas em relação às estratégias adotadas pelos enfermeiros de forma a minimizarem as dificuldades na elaboração dos RE em SE (quadro 6) foram utilizadas para elaborar uma questão de escolha múltipla em que foi pedido ao enfermeiro para assinalar a(s) estratégia(s) que adotava para minimizar essas dificuldades. Uma vez que com as entrevistas apenas identificámos duas estratégias: memorizar (frases 1 e 3) e escrever (frases 2 e 3) foi dada uma outra opção em que os enfermeiros poderiam colocar por escrito as estratégias que utilizam para além das apresentadas.

Quadro 6 – Frases significativas – Estratégias utilizadas para a elaboração dos RE em SE.

Frases significativas – Estratégias utilizadas para a elaboração dos RE em SE
1. “Sinais Vitais e terapêutica (...) logo registada (...) restantes notas vamos memorizando a sequência das intervenções realizadas.” – E1 ;
2. “(...) ir tirando notas para um papel (...)” – E2 ;
3. “(...) registo num pedaço papel (...) e memória (...)” – E3 .

Após esta análise do conteúdo das entrevistas e de forma a dar resposta a todos os objetivos deste estudo de investigação, considerámos que estavam assim reunidas as condições para construirmos um questionário.

A primeira parte do questionário é assim constituída por seis questões onde foi solicitado aos enfermeiros participantes que registassem o sexo, a idade, o grau académico, tempo

de enfermagem, tempo de experiência em SE e se eram ou não detentores de especialidade em enfermagem.

Na segunda parte do questionário foram elaboradas algumas questões relativamente aos RE realizados pelos enfermeiros em SE. Os enfermeiros foram questionados em relação ao suporte de registos utilizados, se esse suporte de registos contemplava registos em formato de “narrativa” e / ou “respostas fechadas” e se esses formatos eram, segundo a opinião do enfermeiro, facilitadores ou dificultadores, para a elaboração de registos no contexto do doente crítico. Realizámos ainda uma questão no sentido de perceber se, para cada enfermeiro, os seus registos de enfermagem contemplavam todas as intervenções realizadas ao doente em SE. Caso a resposta fosse “SIM”, teriam que indicar em resposta aberta quais as intervenções de enfermagem menos registadas.

Outra das questões presente no questionário foi relativamente ao momento da prestação de cuidados em que os enfermeiros faziam os seus registos. Esta questão englobava um conjunto de cinco questões avaliadas segundo uma escala tipo *Likert*, permitindo cinco possibilidades de resposta: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”.

Construímos ainda uma possível escala com o objetivo de avaliar a frequência de elaboração dos RE em SE. Esta escala englobava um conjunto de treze itens, avaliados segundo uma escala de tipo *Likert*, permitindo também cinco possibilidades de resposta: “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”, sendo assim os itens cotados de 1 a 5 em que, quanto maior a cotação, maior a frequência de elaboração de RE.

Como já referimos anteriormente também construímos uma possível escala para avaliar as dificuldades que os enfermeiros sentem na elaboração de RE em SE. Esta escala é composta por 16 itens e as repostas são igualmente do tipo *Lickert* cotadas numa escala de 1 a 5, variando entre “não contribui nada”, “contribui pouco”, “contribui moderadamente”, “contribui muito” e “contribui muitíssimo”. Quanto maior a cotação de cada item, mais esse item contribuí para a existência de dificuldades na elaboração de RE em SE.

As últimas questões foram relativas às estratégias utilizadas / sugeridas pelos enfermeiros para facilitar os registos de enfermagem sendo que, a questão das estratégias sugeridas foi uma questão de resposta aberta (anexo IV).

Após construção do instrumento de colheita de dados (questionário), este foi aplicado como pré-teste a oito enfermeiros a exercerem funções em SE de SU médico-cirúrgicos e polivalentes. Os enfermeiros que participaram fizeram-no mediante a sua disponibilidade e de forma individual. Foi solicitado aos enfermeiros que preenchessem o questionário e que verbalizassem todas as dúvidas / sugestões que surgissem durante o preenchimento do mesmo. No final, o questionário foi destruído e foi solicitado a estes elementos que participaram no pré-teste a não participarem no estudo. Com a aplicação do pré-teste não sentimos necessidade de alterar o instrumento de colheita de dados.

Escala de Avaliação da Frequência de Elaboração dos RE em SE (AFERE-SE) – Estudo das Propriedades Psicométricas

De seguida, apresentamos as propriedades psicométricas da escala AFERE-SE.

A escala AFERE-SE comporta um conjunto de treze itens conforme estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Itens da Escala AFERE-SE.

Itens	Descrição
Item a)	Sinais Vitais.
Item b)	Escala de Coma de Glasgow.
Item c)	Indicação oral para administração de terapêutica.
Item d)	Algaliação sob prescrição médica.
Item e)	Terapêutica prescrita.
Item f)	Entubação nasogástrica por indicação médica.
Item g)	Outras indicações médicas prescritas.
Item h)	Intervenções protocoladas.
Item i)	Entubação nasogástrica por iniciativa do enfermeiro.
Item j)	Notas de entrada.
Item k)	Lavagem vesical.
Item l)	Outras intervenções realizadas pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade.
Item m)	Algaliação por iniciativa do enfermeiro.

Através da tabela 2 podemos verificar que o item e) foi excluído (não está na tabela). A sua exclusão deve-se ao facto de este apresentar uma correlação com o total (excluindo o próprio item) de 0,146, não cumprindo o critério de Streiner e Norman (1989) que referem que são aceitáveis correlações totais superiores a 0,20, quando esta não contem o próprio item.

Após extração do item e) verificamos que seis itens apresentam uma correlação com o total (excluindo o próprio item) superior a 0,50. Quatro itens apresentam uma correlação

com o total entre 0,40 e 0,50. Dois itens apresentam uma correlação com o total entre 0,30 e 0,40. Assim, todos os 12 itens cumprem este critério uma vez que apresentam correlação com o total $> 0,20$. A Escala AFERE-SE apresenta um alfa de *Cronbach* total de 0,861, o que significa, segundo Pestana e Gageiro (2008) que apresenta uma consistência interna boa.

Através do grau de consistência interna (alfa de *Cronbach*), constatamos que esta escala é fidedigna.

Tabela 2 – Escala AFERE-SE - correlações de cada item com a nota global e alfa de *Cronbach*.

	Correlação com o Total (excluindo o próprio item)	Alfa de <i>Cronbach</i> (excluindo o próprio item)
Item a)	0,378	0,859
Item b)	0,390	0,859
Item c)	0,456	0,855
Item d)	0,539	0,850
Item f)	0,686	0,842
Item g)	0,410	0,858
Item h)	0,464	0,856
Item i)	0,699	0,838
Item j)	0,407	0,861
Item k)	0,733	0,836
Item l)	0,653	0,842
Item m)	0,697	0,838
	<i>Alfa Cronbach</i> total	0,861

A validade do constructo foi efetuada através da análise fatorial pelo método de extração dos componentes principais pelo critério de Kaiser. O método de rotação escolhido foi ortogonal do tipo varimax.

Para se poder aplicar o modelo fatorial deve haver correlação entre as variáveis. Pestana e Gageiro (2008) afirmam que o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de Brtlett são dois métodos estatísticos que aferem a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a podermos prosseguir com a análise fatorial.

Conforme se pode verificar na tabela 3 esta escala apresenta um KMO de 0,811. Pestana e Gageiro (2008) defendem que um KMO entre 0,8 e 0,9 corresponde a uma boa análise fatorial.

Tabela 3 – Valor KMO Escala AFERE-SE.

KMO	0,811
------------	-------

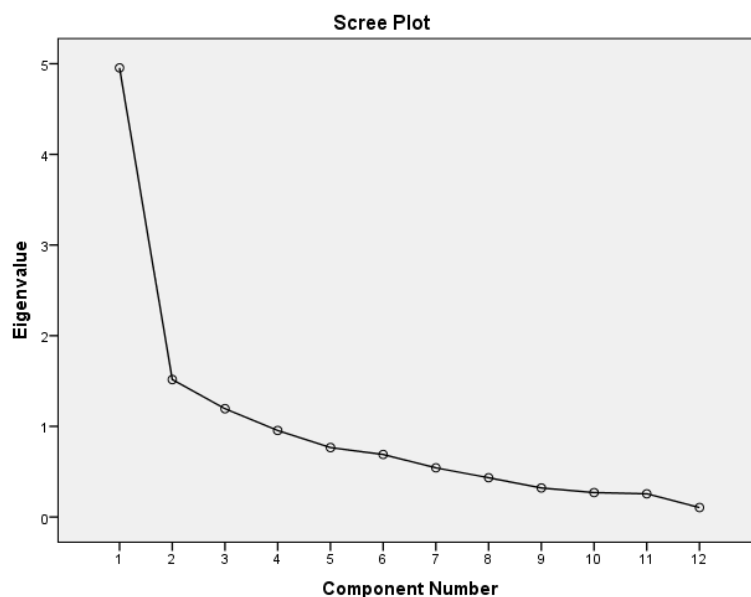
Através da análise fatorial dos componentes principais após rotação varimax, verificamos a existência de três valores próprios superiores a 1. Pelo critério de Kaiser, retêm-se 3 fatores, os quais, após rotação varimax representam 63,875% da variância total (tabela 4). Para Pestana e Gageiro (1998) a proporção da variância explicada pelas componentes deve ser pelo menos de 60%

Tabela 4 – Escala AFERE-SE - Análise fatorial dos componentes principais e sua variância após rotação varimax.

Fatores	Valor próprio Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
1	4,954	41,287	41,887
2	1,516	12,635	53,922
3	1,194	9,953	63,875

O Scree Plot (gráfico 1) corrobora a retenção dos 3 fatores. Os valores próprios do número de fatores a reter corresponde à maior inclinação da reta, isto é, a um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana e Gageiro, 2008).

Gráfico 1 – Scree Plot da Escala AFERE-SE.



A tabela 5 apresenta a estrutura fatorial da escala e os respectivos *loadings*. Todos os itens apresentam uma saturação superior a 0,30 nos respectivos fatores (valor mínimo recomendado por Moreira (2004)). No que diz respeito aos itens que apresentavam saturações em mais de um fator, optámos por integrá-los no fator que apresentava maior saturação.

Tabela 5 – Escala AFERE-SE - estrutura fatorial e respetivos *loadings*.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Item a)			0,840
Item b)			0,848
Item c)		0,451	
Item d)		0,769	
Item f)	0,362	0,764	
Item g)		0,718	
Item h)		0,723	
Item i)	0,875		
Item j)	0,505		0,336
Item k)	0,744	0,413	
Item l)	0,720		
Item m)	0,888		

O fator 1 (itens i), j), k), l) e m)) é saturado sobretudo pelos itens relacionados com as intervenções de enfermagem que são executadas por iniciativa do próprio enfermeiro. Desta forma atribuímos-lhe a designação de **Intervenções Autónomas de Enfermagem**.

O fator 2 (itens c), d), f), g) e h)) é saturado por itens relacionados com intervenções de enfermagem executadas mediante indicação médica / protocolos em vigor, desta forma, designámos este fator de **Intervenções Interdependentes**.

O fator 3 (itens a) e b)) é saturado por itens relacionados com o registo de sinais vitais e escala de coma de Glasgow, sendo que, desta forma classificámos este fator como **Registo de Parâmetros**.

Através da tabela 6 podemos verificar que o F1 – Intervenções Autónomas de Enfermagem (5 itens) apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0,854 e o F2 – Intervenções Interdependentes (5 itens) apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0,768. Em relação ao F3 – Registo de Parâmetros não foi determinado o valor de alfa de *Cronbach* uma vez que este fator apenas tem 2 itens e, segundo Hatcher (1994) cada fator deve apresentar no mínimo 3 itens.

Tabela 6 – Escala AFERE-SE – alfa de *Cronbach* total da escala e seus fatores.

	Alfa de <i>Cronbach</i>
F1 – Intervenções Autónomas de Enfermagem	0,854
F2 – Intervenções Interdependentes	0,768
F3 – Registo de Parâmetros	--

Efetuíámos o estudo das correlações das dimensões da escala com a nota global e verificámos valores elevados o que é abonatório da boa consistência interna deste instrumento (tabela 7).

Tabela 7 – Escala AFERE-SE – correlação entre os fatores e nota global.

	r	p
F1 – Intervenções Autónomas de Enfermagem	0,896	0,000
F2 – Intervenções Interdependentes	0,825	0,000
F3 – Registo de Parâmetros	0,534	0,000

De forma a testarmos a validade da Escala AFERE-SE recorreremos ao índice de discriminação do item. Segundo Ribeiro (2007, p.97), “o índice de discriminação de um item revela a capacidade do item discriminar entre os sujeitos que realizam melhor no teste e os que realizam pior”. Murphy e Davidshofer (1998), citados por Ribeiro (2007) afirmam que para se encontrar um índice de discriminação aceitável, a comparação pode ser feita entre os 25% e os 35% melhores resultados do teste e os 25% e 35% piores resultados.

Optámos por testar o índice de discriminação do item através da diferença entre os enfermeiros que responderam corretamente nos vários itens, nos 25% superiores e os que responderam corretamente nos 25% inferiores. Quanto maior este valor, melhor capacidade de discriminação tem o item.

Assim, ao analisar o índice discriminatório dos itens verificámos que todos apresentavam diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$) entre os enfermeiros participantes que apresentavam valores superiores ao percentil 75 e os que apresentavam valores inferiores ao percentil 25, pelo que constatamos que todos os itens apresentam um bom poder discriminante (tabela 8).

Tabela 8 – Escala AFERE-SE – índice de discriminação dos itens aos extremos.

Item	p < 25 n ₁ = 30		p > 75 n ₂ = 37		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Item a)	4,23	0,82	4,94	0,23	-4,631	0,000
Item b)	3,60	0,97	4,65	0,59	-4,997	0,000
Item c)	3,30	1,09	4,46	0,73	-5,202	0,000
Item d)	3,37	1,00	4,70	0,70	-6,139	0,000
Item f)	3,47	0,86	4,95	0,23	-9,157	0,000
Item g)	3,50	0,97	4,65	0,68	-5,479	0,000
Item h)	2,65	1,08	4,37	0,73	-7,734	0,000
Item i)	2,77	0,90	4,78	0,48	-11,084	0,000
Item j)	2,97	1,35	4,57	0,83	-5,670	0,000
Item k)	2,47	0,57	4,59	0,55	-15,466	0,000
Item l)	2,97	0,76	4,68	0,63	-10,061	0,000
Item m)	2,93	0,98	4,81	0,46	-9,663	0,000

Através da análise da tabela 9, constatamos que, relativamente ao total, temos uma média ponderada de 4,03 e um desvio padrão de 0,62. A mediana é 4,08. Constatamos também que os enfermeiros, relativamente ao F1 – Intervenções Autónomas de Enfermagem, apresentam uma média ponderada de 3,91, um desvio padrão de 0,85 e uma mediana de 4,00. Em relação ao F2 – Intervenções Interdependentes, apresentam uma média ponderada de 4,01, um desvio padrão de 0,60 e uma mediana de 4,00. O F3 – Registo de Parâmetros, apresenta uma média ponderada de 4,35, um desvio padrão de 0,69 e uma mediana de 4,50.

Tabela 9 – Escala AFERE-SE – Caracterização dos enfermeiros participantes por registos elaborados.

	N	Mín.	Máx.	Média	DP	P25	P50	P75
AFERE-SE - Total	118	2,17	5,00	4,03	0,62	3,58	4,08	4,50
F1 – Intervenções Autónomas de Enfermagem	118	1,40	5,00	3,91	0,85	3,20	4,00	4,60
F2 – Intervenções Interdependentes	118	1,60	5,00	4,01	0,60	3,60	4,00	4,60
F3 – Registo Parâmetros	118	2,50	5,00	4,35	0,69	4,00	4,50	5,00

Após avaliação das propriedades psicométricas desta escala, podemos verificar que a mesma cumpre todos os critérios definidos pelos autores, conforme fomos constatando ao longo desta avaliação.

Escala de Avaliação das Dificuldades na Elaboração dos RE em SE (ADERE-SE) – Estudo das Propriedades Psicométricas

A escala ADERE-SE pretende avaliar os aspetos que contribuem para a existência de dificuldades na elaboração dos RE em SE, sendo constituída, como podemos verificar na tabela 10 por 16 itens.

Tabela 10 - Itens da Escala ADERE-SE.

Itens	Descrição
Item a)	Carência de tempo para a realização dos Registos de Enfermagem.
Item b)	Grande afluência de doentes à sala de emergência / reanimação.
Item c)	Défice de enfermeiros na prestação de cuidados na sala de emergência / reanimação.
Item d)	Falta de disponibilidade mental para a realização de registos de enfermagem.
Item e)	Tipo de suporte de registos na sala de emergência / reanimação contemplar registos em formato de narrativa (“notas corridas”).
Item f)	Necessidade constante de vagas urgentes na sala de emergência / reanimação.
Item g)	Inexistência de um sistema de registos que contemple os pontos-chave de referência no doente crítico.
Item h)	Permanência do doente na sala de emergência / reanimação mesmo após a estabilização do doente.

Item i)	Presença de vários enfermeiros na prestação de cuidados na sala de emergência / reanimação.
Item j)	Lotação da sala de emergência / reanimação ser inferior às necessidades.
Item k)	Tipo de suporte de registos na sala de emergência / reanimação contemplar registos “fechados” (por exemplo preencher espaços em branco com os valores dos sinais vitais).
Item l)	A inexistência de um sistema de registos mais intuitivo.
Item m)	As transferências inesperadas de doentes.
Item n)	Falta de uniformização dos registos na equipa de enfermagem que presta cuidados ao doente em dala de emergência / reanimação.
Item o)	O suporte de registos contemplar poucos itens de resposta “fechada”.
Item p)	A inexistência de um suporte de registos mais rápido.

Através da análise da consistência interna dos diferentes itens eliminámos o item k) por apresentar uma correlação com o total (excluindo o próprio item) de 0,082. Como já referimos, para Streiner e Norman (1989) aceitam-se como boas as correlações superiores a 0,20, quando esta não contém o item. Após extração do item k), conforme podemos verificar na tabela 11, quatro itens apresentam uma correlação com o total superior a 0,50. Cinco itens apresentam uma correlação com o total entre 0,40 e 0,50 e três itens apresentam uma correlação com o total entre 0,30 e 0,40. Existem três itens com uma correlação com o total entre 0,20 e 0,30. Todos os itens apresentam um valor de alfa de *Cronbach* superior a 0,70 sendo que, o valor de consistência interna total é de 0,805, constituindo, segundo Pestana e Gageiro (2008) uma consistência interna boa, sendo por isso uma escala fidedigna.

Tabela 11 - Escala ADERE-SE - correlações de cada item com a nota global e alfa de *Cronbach*.

	Correlação com o Total (excluindo o próprio item)	Alfa de <i>Cronbach</i> (excluindo o próprio item)
Item a)	0,418	0,794
Item b)	0,298	0,803
Item c)	0,434	0,793
Item d)	0,282	0,804
Item e)	0,385	0,796
Item f)	0,405	0,795
Item g)	0,566	0,782
Item h)	0,352	0,799
Item i)	0,298	0,803
Item j)	0,301	0,803
Item l)	0,503	0,788
Item m)	0,400	0,795
Item n)	0,541	0,784
Item o)	0,600	0,782
Item p)	0,480	0,789
	Alfa <i>Cronbach</i> total	0,805

De acordo com a tabela 12, para esta escala temos um KMO de 0,755. Pestana e Gageiro (2008) defendem que um KMO entre 0,7 e 0,8 corresponde a uma análise fatorial média.

Tabela 12 - Valor KMO Escala ADERE-SE.

KMO	0,755
------------	-------

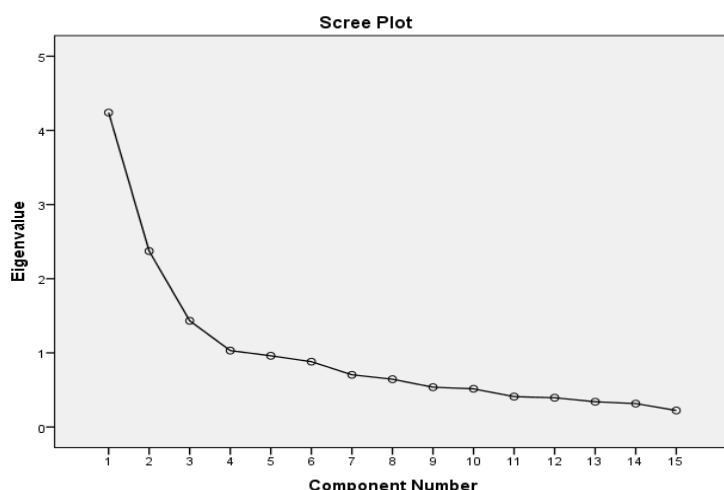
À semelhança da escala anterior, para conhecermos a estrutura fatorial desta escala, efetuámos uma análise fatorial de componentes principais com rotação ortogonal do tipo varimax. Como critério dos componentes principais seguimos o critério de Kaiser que refere que se devem considerar os valores próprios iguais ou superiores a 1. Obtivemos assim 4 fatores que representam 60,498% da variância total (tabela 13). Pestana e Gageiro (1998) defendem um valor mínimo de variância total de 60%.

Tabela 13 - Escala ADERE-SE - Análise fatorial dos componentes principais e sua variância após rotação varimax.

Fatores	Valor próprio Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
1	3,474	23,160	23,160
2	2,113	14,085	37,246
3	1,783	11,889	49,135
4	1,705	11,363	60,498

Através do gráfico 2 podemos verificar que a partir do fator 4, os restantes fatores apresentam uma menor inclinação da reta. Para Pestana e Gageiro (2008), o número de fatores a reter corresponde à maior inclinação da reta.

Gráfico 2 – Scree Plot da Escala ADERE-SE.



A tabela 14 apresenta a estrutura fatorial da escala e os respetivos *loadings*. Todos os itens apresentam uma saturação superior a 0,30 nos respetivos fatores (valor mínimo

recomendado por Moreira (2004)). No que diz respeito aos itens que apresentavam saturações em mais de um fator, optámos por integrá-los no fator que apresentava maior saturação.

Tabela 14 – Escala ADERE-SE - estrutura fatorial e respetivos *loadings*

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Item a)				0,840
Item c)				0,739
Item b)		0,599		0,538
Item f)		0,796		
Item j)		0,569	0,416	
Item m)		0,781		
Item d)	0,474			
Item e)	0,709			
Item g)	0,731			
Item l)	0,760			
Item n)	0,536		0,531	
Item o)	0,805			
Item p)	0,744			
Item h)			0,804	
Item i)			0,699	

O fator 1 (itens d), e), g), l), n), o) e p)) é saturado sobretudo pelos itens relacionados com o suporte de registos de enfermagem utilizado pelo que lhe atribuímos a designação de **Suporte de Registos de Enfermagem**.

O fator 2 (itens b), f), j) e m)) é saturado por itens relacionados com a grande afluência de doentes à SE e sua lotação. Desta forma classificámos este fator como **Ocupação da SE**.

O fator 3 (itens h) e i)) é saturado por 2 itens relacionados com o excesso de enfermeiros e doentes após estabilização em SE pelo que foi classificado de **Excesso Enfermeiros / doentes não emergentes em SE**.

O fator 4 (itens a) e c)) satura com itens relacionados com a carência de tempo e o défice de enfermeiros. Desta forma classificámos este fator como **Défice de Enfermeiros / Tempo**.

Através da tabela 15 podemos verificar que o F1 – Suporte de Registos de Enfermagem (7 itens) apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0,826 e o F2 – Ocupação da SE (4 itens) apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0,724. Em relação ao F3 – Excesso de Enfermeiros / doentes não emergentes em SE e ao F4 – Défice de Enfermeiros / Tempo não foi

determinado o valor de alfa de *Cronbach* uma vez que estes fatores apenas têm 2 itens e, segundo Hatcher (1994) cada fator deve apresentar no mínimo 3 itens.

Tabela 15 – Escala ADERE-SE - alfa de *Cronbach* total da escala e seus fatores.

	Alfa de <i>Cronbach</i>
F1 – Suporte de Registos de Enfermagem.	0,826
F2 – Ocupação da SE	0,724
F3 – Excesso Enfermeiros / doentes não emergentes em SE	-
F4 - Défice de Enfermeiros/Tempo	-

Efetuámos o estudo das correlações das dimensões da escala com a nota global e verificámos que todas as dimensões desta escala apresentam correlações estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$) com o total (tabela 16).

Tabela 16 – Escala ADERE-SE- correlação entre os fatores e nota global.

	r	p
F1 – Suporte de Registos de Enfermagem.	0,820	0,000
F2 – Ocupação da SE	0,625	0,000
F3 – Excesso Enfermeiros/ doentes não emergentes em SE	0,535	0,000
F4 - Défice de Enfermeiros /Tempo	0,604	0,000

Como na escala anterior, a validade da Escala ADERE-SE foi verificada através do índice de discriminação do item ao extremo, de acordo com o critério definido por Murphy e Davidshofer (1998), citado por Ribeiro (2007), conforme foi descrito anteriormente.

Optámos por testar o índice de discriminação do item através da diferença entre os enfermeiros que responderam corretamente nos vários itens, nos 25% superiores e os que responderam corretamente nos 25% inferiores. Quanto maior este valor, melhor capacidade de discriminação tem o item.

Ao analisar o índice discriminatório dos itens verificámos que todos apresentavam diferenças estatisticamente muito significativas ($p < 0,01$) entre os enfermeiros participantes que apresentavam valores superiores ao percentil 75 e os que apresentavam valores inferiores ao percentil 25, pelo que constatámos que todos os itens apresentam um bom poder discriminante (tabela 17).

Tabela 17 – Escala ADERE-SE - índice de discriminação dos itens aos extremos.

Item	p < 25 n ₁ = 34		p > 75 n ₂ = 36		t	p
	Média	D.P.	Média	D.P.		
Item a)	3,50	1,05	4,42	0,69	-4,282	0,000
Item b)	2,97	0,99	4,08	0,99	-4,663	0,000
Item c)	3,09	0,99	4,39	0,73	-6,262	0,000
Item d)	1,88	0,91	3,11	1,09	-5,098	0,000
Item e)	2,09	0,99	3,31	1,09	-4,867	0,000
Item f)	2,50	0,99	3,75	0,99	-5,256	0,000
Item g)	2,47	1,05	4,14	0,76	-7,566	0,000
Item h)	2,20	0,98	3,56	1,08	-5,468	0,000
Item i)	1,79	0,81	2,83	1,00	-4,765	0,000
Item j)	2,24	0,82	3,22	1,24	-3,940	0,000
Item l)	2,29	0,94	3,67	0,83	-6,497	0,000
Item m)	2,56	0,93	3,83	1,13	-5,130	0,000
Item n)	2,47	0,99	4,11	0,85	-7,426	0,000
Item o)	2,18	0,72	3,75	0,77	-8,838	0,000
Item p)	2,85	1,18	4,28	0,70	-6,081	0,000

Através da análise da tabela 18, constatamos que, relativamente ao total, temos uma média ponderada de 3,16 e um desvio padrão de 0,55. A mediana é 3,20. Constatamos também que os enfermeiros, relativamente ao F1 – Suporte de Registos de Enfermagem, apresentam uma média ponderada de 3,06, um desvio padrão de 0,74 e uma mediana de 3,00. Em relação ao F2 – Ocupação da SE, apresentam uma média ponderada de 3,20, um desvio padrão de 0,80 e uma mediana de 3,25. O F3 – Excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE, apresenta uma média ponderada de 2,63, um desvio padrão de 0,93 e uma mediana de 2,50. Relativamente ao F4 – Défice de Enfermeiros / Tempo, a média ponderada é de 4,00, o desvio padrão é de 0,81 e a mediana é de 4,00.

Tabela 18 – Escala ADERE-SE - Caracterização dos enfermeiros participantes por dificuldades.

	N	Mín.	Máx.	Média	DP	P25	P50	P75
ADERE-SE - Total	118	1,93	4,27	3,16	0,55	2,80	3,20	3,53
F1 – Suporte de RE	118	1,00	4,86	3,06	0,74	2,57	3,00	3,57
F2 – Ocupação da SE	118	1,25	5,00	3,20	0,80	2,75	3,25	3,75
F3 – Excesso Enfermeiros/ doentes não emergentes em SE	118	1,00	5,00	2,63	0,93	2,00	2,50	3,50
F4 – Défice Enfermeiros/Tempo	118	2,00	5,00	4,00	0,81	3,50	4,00	5,00

Após avaliação das propriedades psicométricas da escala ADERE-SE podemos verificar que a mesma cumpre todos os critérios definidos pelos autores.

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Os trabalhos de investigação, quando se concretizam, têm inerentes um conjunto de procedimentos formais e éticos.

Para a concretização deste estudo, foram enviados pedidos de autorização para o Conselho de Administração das instituições onde o mesmo decorreu. Para a aplicação das entrevistas o pedido de autorização para a realização das mesmas foi enviado durante o mês de março de 2014, sendo que, anexado ao pedido de autorização (anexo VI), enviámos o projeto de investigação, o consentimento informado para a realização das entrevistas (anexo III) bem como o guião da entrevista (anexo II). Para a aplicação dos questionários, o pedido de autorização às instituições (anexo VII) foi enviado no mês de junho de 2014. Junto ao pedido de autorização enviámos o projeto de investigação, o consentimento informado para a aplicação do questionário (anexo V) bem como o questionário (anexo IV).

Durante a investigação tivemos em conta os direitos determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

No que diz respeito ao direito à autodeterminação, procurámos esclarecer as pessoas acerca da finalidade e objetivo do estudo bem como todos os direitos que tinham, não exercendo qualquer pressão para que a pessoa participasse no estudo, ficando, ao seu critério, a participação ou não neste estudo. Para Fortin (2009) o sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação numa investigação, sendo que, o investigador não deve utilizar nenhum meio coercivo para influenciar a decisão do sujeito em participar numa investigação.

Segundo Fortin (2009), o direito à intimidade está relacionado com o direito que a pessoa tem em não querer partilhar informações íntimas e privadas como atitudes, valores, opiniões, entre outras. Sempre que a pessoa consente em participar num determinado estudo, o investigador deve garantir sempre o anonimato do sujeito bem como a confidencialidade dos dados obtidos. Durante o decorrer deste estudo zelámos sempre pelo anonimato das pessoas envolvidas bem como pela confidencialidade dos dados que nos foram fornecidos.

O direito ao anonimato e à confidencialidade são respeitados se a identificação do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, nem pelo próprio investigador (Fortin, 2009). A garantia do anonimato e da confidencialidade foram asseguradas ao longo deste estudo, sendo que, os dados fornecidos pela pessoa apenas foram publicados no resultado do estudo, nunca individualmente, mas juntamente com os resultados obtidos pela restante amostra. Ainda relativamente a estes direitos, os instrumentos de colheita de dados não foram identificados com o nome do participante. Na aplicação dos questionários, em que os enfermeiros tiveram de preencher o consentimento informado (onde constava a sua identificação), fornecemos a cada serviço 2 pastas de forma a que o questionário, depois de preenchido fosse colocado numa pasta e o consentimento informado fosse colocado noutra pasta distinta. Desta forma, não foi possível associar o respetivo questionário ao enfermeiro que o preencheu, garantindo assim a confidencialidade do mesmo.

O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo é definido por Fortin (2009) como a proteção da pessoa contra qualquer inconveniente suscetível de prejudicar a própria pessoa. Neste estudo, as pessoas foram apenas sujeitas a um risco temporário, que Fortin (2009) define como sendo um risco mínimo de poder sentir desconforto durante a investigação, sendo que este risco cessou com o término da investigação. A mesma autora refere ainda que o desconforto psicológico e social pode incluir a ansiedade ou o *stress* vivenciados pela pessoa ao ter de fornecer uma resposta a uma questão colocada.

O direito a um tratamento justo e equitativo refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação (Fortin, 2009). Estas informações, segundo a mesma autora, são essenciais para um consentimento livre e esclarecido da pessoa a participar no estudo, ou para uma recusa, após esclarecimento das informações relativas ao estudo. Neste estudo os participantes foram informados de todas as informações relativas ao estudo e a todos os direitos, através de um consentimento informado. Foram inclusivamente informados de que se após consentissem participação no estudo, optassem pela desistência, os participantes não sofreriam nenhum prejuízo uma vez que este é um dos direitos que lhes assiste.

2.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através da utilização do programa informático SPSS, versão 21, licenciado para utilização pelo Instituto Politécnico de Leiria.

Após introdução dos dados, efetuámos a análise das frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e quantitativas. Utilizámos igualmente as medidas de dispersão e de tendência central para estudar as variáveis quantitativas.

Na determinação das qualidades psicométricas das escalas construídas, utilizámos o coeficiente de correlação de *Pearson*, a análise dos componentes principais com rotação de varimax e o coeficiente alfa de *Cronbach*.

Importa referir que nas escalas trabalhámos com médias ponderadas, que resultaram da divisão da média total da escala / fatores pelo número de itens dessa escala / fator.

Os testes paramétricos utilizados foram o teste de *t de Student* para estudar as diferenças de médias entre dois grupos. Para estudar a correlação entre variáveis quantitativas utilizámos o coeficiente de *Pearson* (r).

Para rejeitarmos a hipótese nula, adotámos os seguintes critérios de Fisher:

- $p < 0,05$ a diferença é significativa;
- $p < 0,01$ a diferença é muito significativa.

3. RESULTADOS

Este capítulo encontra-se estruturalmente dividido em dois subcapítulos. O primeiro diz respeito aos resultados obtidos relativamente à caracterização sócio-demográfica e profissional. O segundo sub-capítulo apresenta os dados do estudo correlacional no qual tínhamos por objetivo estudar como as dificuldades na elaboração de RE em SE se relacionam com as variáveis sócio-demográficas e profissionais bem como a relação entre essas dificuldades e a frequência de elaboração de RE em SE.

3.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

No que diz respeito à idade, através da tabela 19 podemos verificar que os enfermeiros participantes têm idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos. Apresentam uma média de idade de 34,30 anos e um desvio padrão de 6,56 anos. A mediana situa-se nos 33 anos e a moda nos 29 anos.

Tabela 19 – Caracterização dos enfermeiros participantes segundo a idade (anos).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Moda	p25	p50	p75
Idade	118	23,00	57,00	34,30	6,56	29,00	29,00	33,00	38,00

Relativamente ao sexo, de acordo com a tabela 20, 87 (73,7%) enfermeiros pertencem ao sexo feminino e 31 (26,3%) ao sexo masculino.

Tabela 20- Distribuição dos enfermeiros participantes por sexo.

Sexo	Nº	%
Feminino	87	73,7
Masculino	31	26,3
Total	118	100,0

No que diz respeito ao grau académico, dos enfermeiros participantes, 1 enfermeiro (0,8%) tem bacharel, 110 enfermeiros (93,2%) são licenciados em enfermagem e 7 enfermeiros (5,9%) têm mestrado. Nenhum dos enfermeiros participantes tem doutoramento, motivo pelo qual não se apresenta este grau na tabela 21.

Dos enfermeiros com mestrado, existem dois enfermeiros (28,6%) com mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Os restantes enfermeiros apresentam mestrado nas seguintes áreas: Intervenção Socio-Organizacional da Saúde (1 enfermeiro – 14,3%), Enfermagem de Saúde Familiar (1 enfermeiro – 14,3%), Cuidados Paliativos (1 enfermeiro – 14,3%), Pessoa em Situação Crítica(1 enfermeiro – 14,3%) e Saúde Comunitária(1 enfermeiro – 14,3%) (tabela 22).

Tabela 21 – Distribuição dos enfermeiros participantes por grau académico.

Grau Académico	Nº	%
Bacharelato	1	0,8
Licenciatura	110	93,2
Mestrado	7	5,9
Total	118	100,0

* Acerto estatístico

Tabela 22 – Distribuição dos enfermeiros participantes por área de mestrado.

Área Mestrado	Nº	%
Intervenção Socio-Organizacional da Saúde	1	14,3
Saúde Familiar	1	14,3
Cuidados Paliativos	1	14,3
Médico-Cirúrgica	2	28,6
Pessoa em Situação Crítica	1	14,3
Saúde Comunitária	1	14,3
Total	7	100,0

* Acerto estatístico

Relativamente ao tempo de enfermagem verificamos que a média é de 11,45 anos, o que corresponde a cerca de 11 anos e 5 meses, sendo que a mediana é de 9 anos e 6 meses e o desvio padrão é de 6 anos e 7 meses. O enfermeiro com tempo de enfermagem menor é enfermeiro há 1 ano e o enfermeiro com mais tempo de enfermagem é enfermeiro há 31 anos (tabela 23).

Em relação ao tempo de experiência em SE, o tempo mínimo de experiência é de 1 mês (0,08 anos) e o tempo máximo de experiência em SE é de 22 anos. A média de experiência em SE é de 7,27 anos, correspondendo a 7 anos e 3 meses e a mediana é de 6 anos. O desvio padrão é de 5 anos e 2 meses (5,18 meses) (tabela 23).

Tabela 23 - Caracterização dos enfermeiros participantes segundo o tempo de enfermagem e o tempo de experiência em SE (anos).

	N	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão	Mediana
Tempo Enfermagem	118	1,00	31,00	11,45	6,56	9,50
Tempo experiência SE	118	0,08	22,00	7,27	5,18	6,00

Através da tabela 24 verificamos que, dos 118 enfermeiros participantes, 22 (18,6%) têm especialidade e 96 (81,4%) enfermeiros não têm qualquer especialidade.

Tabela 24 - Caracterização dos enfermeiros participantes quanto à detenção ou não de especialidade em enfermagem.

Especialidade	Nº	%
Sim	22	18,6
Não	96	81,4
Total	118	100,0

Dos 22 enfermeiros especialistas, 10 enfermeiros (45,5%) são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 3 enfermeiros (13,6%) são especialistas em Saúde Comunitária, 2 enfermeiros (9,1%) são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e em Enfermagem de Reabilitação. Os restantes enfermeiros referem ser especialistas nas áreas de Saúde na Comunidade – Saúde no Trabalho (1 enfermeiro, 4,5%), Saúde Pública (1 enfermeiro, 4,5%), Saúde Materna e Obstétrica (1 enfermeiro, 4,5%), Pessoa em Situação Crítica (1 enfermeiro, 4,5%) e Enfermagem Médico-Legal (1 enfermeiro, 4,5%) (tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos enfermeiros participantes por área de especialidade que detêm.

Área de Especialidade	Nº	%
Médico-Cirúrgica	10	45,5
Saúde na Comunidade	3	13,6
Saúde Mental e Psiquiátrica	2	9,1
Reabilitação	2	9,1
Saúde na Comunidade – Saúde no Trabalho	1	4,5
Saúde Pública	1	4,5
Saúde Materna e Obstétrica	1	4,5
Pessoa em Situação Crítica	1	4,5
Médico-Legal	1	4,5
Total	22	100,0

* Acerto estatístico

Com a tabela 26 é possível verificar que, dos enfermeiros especialistas, o tempo mínimo de especialidade é de 1 ano e o enfermeiro com mais tempo de especialidade é enfermeiro especialista há 20 anos. A média do tempo de especialidade é de 5,41 anos, o que corresponde a 5 anos e 5 meses, a mediana é de 3,50 anos (3 anos e 6 meses). O desvio padrão é de 5,06 anos.

Tabela 26 - Caracterização dos enfermeiros participantes segundo o tempo de especialidade (anos).

	N	Mín	Máx	Média	Desvio Padrão	p25	p50	p75
Tempo Especialidade	22	1,00	20,00	5,41	5,06	2,00	3,50	7,00

Através da tabela 27 verificamos que dos enfermeiros participantes, 9 enfermeiros (7,6%) referem que os RE em SE são realizados em suporte de papel e 92,4% dos enfermeiros (109) não fazem RE em suporte de papel.

A tabela 28 indica que todos os enfermeiros realizam registos em suporte informático, o que significa que, destes 118 enfermeiros que realizam registos em suporte informático, 9 enfermeiros também o fazem em suporte de papel.

Tabela 27 - Distribuição dos enfermeiros participantes que realizam RE em Suporte de Papel

Suporte de Papel	Nº	%
Sim	9	7,6
Não	109	92,4
Total	118	100,0

Tabela 28 - Distribuição dos enfermeiros participantes que realizam RE em Suporte Informático

Suporte Informático	Nº	%
Sim	118	100,0
Não	-	-
Total	118	100,0

São quatro os sistemas de registo informático utilizados na SE, sendo que, 92 enfermeiros (78%) utilizam o sistema informático ALERT[®], 3 enfermeiros (2,5%) utilizam o sistema informático SAPE[®] / SCLINICO[®], 8 enfermeiros (6,8%) utilizam o sistema informático HCIS[®] e 15 enfermeiros (12,7%) utilizam o sistema informático GLINNT[®] (tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com o sistema de registo informático utilizado.

Sistema de Registo Informático	Nº	%
ALERT [®]	92	78,0
SAPE [®] /SCLINICO [®]	3	2,5
HCIS [®]	8	6,8
GLINNT [®]	15	12,7
Total	118	100,0

Em relação às respostas quando questionados se os RE contemplam todas as intervenções realizadas ao doente na SE até à sua transferência, 79 enfermeiros (66,9%) responderam que sim, contra os 39 enfermeiros (33,1%) que responderam que não (tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a resposta quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação contemplam todas as intervenções realizadas ao doente na SE/Reanimação até à sua transferência.

Resposta	Nº	%
Sim	79	66,9
Não	39	33,1
Total	118	100,0

Dos 39 enfermeiros que referiram que os RE não contemplam todas as intervenções realizadas em SE, constatámos a existência de um vasto número de intervenções que não são contempladas nos RE, conforme descrevemos a seguir. Dos 39 enfermeiros, 9 enfermeiros referiram não registar “notas de enfermagem”; 7 enfermeiros não realizam registo de “sinais vitais contínuos”; 6 enfermeiros não registam os “posicionamentos”, “algaliação” e “interação com a família”; 5 enfermeiros não registam a “evolução hemodinâmica” e as “intervenções autónomas de enfermagem”; 4 enfermeiros não registam as “prescrições verbais”, “entubação nasogástrica (ENG)”, “aspiração de secreções” e “avaliação periódica” do doente; 3 enfermeiros não registam a “resposta terapêutica”, “oxigenoterapia” e “apoio emocional”; 2 enfermeiros não registam as “entubações oro-traqueais (EOT)”, a “monitorização” do doente, as “punções venosas”, as “queixas” dos doentes, a “transferência de doentes”, as “colheitas de espécimens”, a “realização de pensos”, a “integridade cutânea”, manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), manobras de Suporte Avançado de Vida (SAV) e as “drenagens”; 1 enfermeiro refere não registar o “estado de consciência”, a “realização de ecografias”, o tempo de “permanência do doente na SE”, o “aquecimento corporal”, as “intervenções interdependentes”, a “educação para a saúde”, o “protocolo de hipotermia”, a “via verde Acidente Vascular Cerebral (AVC)”, os “partos” (tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com as intervenções de enfermagem menos registadas em SE

Intervenções de enfermagem menos registadas em SE	Nº	%
Notas de Enfermagem	9	9,0
Sinais Vitais Contínuos	7	7,0
Posicionamentos	6	6,0
Algaliação	6	6,0
Interação com Família	6	6,0
Evolução hemodinâmica	5	5,0
Intervenções Autónomas de Enfermagem	5	5,0
ENG	4	4,0
Aspiração de Secreções	4	4,0
Avaliação Periódica	4	4,0
Prescrições Verbais	4	4,0
Resposta Terapêutica	3	3,0

Oxigenoterapia	3	3,0
Apoio Emocional	3	3,0
EOT	2	2,0
Monitorização	2	2,0
Punção Venosa	2	2,0
Queixas	2	2,0
Transferência Doentes	2	2,0
Colheita de Espécimens	2	2,0
Realização de Pensos	2	2,0
Integridade Cutânea	2	2,0
SBV	2	2,0
SAV	2	2,0
Drenagens	2	2,0
Estado de Consciência	1	1,0
Realização Ecografia	1	1,0
Permanência do doente em SE	1	1,0
Aquecimento Corporal	1	1,0
Intervenções Interdependentes	1	1,0
Educação para a Saúde	1	1,0
Protocolo de Hipotermia	1	1,0
Via Verde AVC	1	1,0
Partos	1	1,0
Total	100	100,0

De acordo com a tabela 32, 94 enfermeiros (79,7%) referem que realizam registos em “formato de narrativa” e 24 enfermeiros (20,3%) não realizam registos neste formato.

Dos 94 enfermeiros que realizam registos em “formato de narrativa”, 59 enfermeiros (62,8%) consideram esta modalidade de registos facilitadora contra os 35 enfermeiros (37,2%) que consideram esta modalidade de registos dificultadora (tabela 33).

Tabela 32- Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a resposta quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos em formato narrativa

Resposta	Nº	%
Sim	94	79,7
Não	24	20,3
Total	118	100,0

Tabela 33 - Distribuição dos enfermeiros participantes que responderam “SIM” quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos em formato narrativa, mediante a sua dificuldade/facilidade.

Resposta	Nº	%
Facilitador	59	62,8
Dificultador	35	37,2
Total	94	100,0

A tabela 34 indica que 97 enfermeiros (82,2%) refere que realiza registos “fechados” e 21 enfermeiros (17,8%) referem não realizar registos neste formato. Dos 97 enfermeiros que realizam registos “fechados”, 84 enfermeiros (86,6%) consideram esta modalidade

de registos facilitadora contra os 13 enfermeiros (13,4%) que consideram esta modalidade de registos dificultadora (tabela 35).

Tabela 34 - Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a resposta quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos “fechados”.

Resposta	Nº	%
Sim	97	82,2
Não	21	17,8
Total	118	100,0

Tabela 35 - Distribuição dos enfermeiros participantes que responderam “SIM” quando questionados se os seus RE na SE/Reanimação implicam a realização de registos “fechados”, mediante a sua dificuldade/facilidade.

Resposta	Nº	%
Facilitador	84	86,6
Dificultador	13	13,4
Total	94	100,0

Relativamente ao facto de os enfermeiros elaborarem os RE imediatamente após a realização das intervenções de enfermagem, segundo a tabela 36, dez enfermeiros (8,5%) “nunca” o fazem, 28 enfermeiros (23,7%) referem que “raramente” o fazem e 49 enfermeiros (41,5%) referem que “às vezes” realizam os registos imediatamente após a realização das intervenções de enfermagem. Os enfermeiros que referem realizar “muitas vezes” os registos de enfermagem imediatamente após a realização das intervenções de enfermagem correspondem ao número de 31 (26,3%). Dos enfermeiros participantes, nenhum realiza “sempre” os registos imediatamente após a realização das intervenções de enfermagem.

Em relação ao facto de os enfermeiros realizarem os registos de enfermagem imediatamente após a realização de cada uma das intervenções de enfermagem, 19 enfermeiros (16,1%) referem que “nunca” o fazem, 59 enfermeiros (50%) “raramente” o fazem, 34 enfermeiros (28,8%) fazem-no “às vezes” e 6 enfermeiros (5,1%) fazem-no “muitas vezes”. Nenhum enfermeiro referiu realizar “sempre” os registos de enfermagem imediatamente após a realização de cada uma das intervenções de enfermagem.

Onze enfermeiros (9,3%) “nunca” realizam os registos depois do doente ser transferido para outra área / serviço, 31 enfermeiros (26,3%) “raramente” realiza os registos neste momento e 43 enfermeiros (36,4%) dizem “às vezes” realizarem os registos depois do doente ser transferido para outra área / serviço. Vinte sete enfermeiros (22,9%) referem que “muitas vezes” fazem os registos de enfermagem depois do doente ser transferido e

6 enfermeiros (5,1%) referem fazer “sempre” os registos depois da transferência do doente.

No que respeita ao facto de os enfermeiros registarem as intervenções imediatamente antes do doente ser transferido para outra área / serviço, 1 enfermeiro (0,8%) refere que “nunca” o faz, 15 enfermeiros (12,7%) referem que o fazem “raramente”, 44 enfermeiros (37,3%) dizem fazê-lo “às vezes”, 52 enfermeiros (44,2%) fazem-no “muitas vezes” e 6 enfermeiros (5,1%) fazem-no “sempre”.

Não há nenhum enfermeiro a referir que “nunca” faz registos depois de o doente estar hemodinamicamente estável, 6 enfermeiros (5,1%) “raramente” fazem registos depois do doente estar hemodinamicamente estável, 25 enfermeiros (21,2%) “às vezes” realizam os registos depois de o doente estar estável e 56 enfermeiros (47,5%) referem que realizam “muitas vezes” os registos neste momento. Trinta e um enfermeiros (26,3%) elaboram “sempre” os registos após estabilização hemodinâmica.

Tabela 36 - Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com a frequência e momento de realização dos RE.

Itens	Nunca		Raramente		Às Vezes		Muitas Vezes		Sempre		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a)	10	8,5	28	23,7	49	41,5	31	26,3	0	0,0	118	100,0
b)	19	16,1	59	50,0	34	28,8	6	5,1	0	0,0	118	100,0
c)	11	9,3	31	26,3	43	36,4	27	22,9	6	5,1	118	100,0
d)	1	0,8	15	12,7	44	37,3	52	44,1	6	5,1	118	100,0
e)	0	0,0	6	5,1	25	21,2	56	47,5	31	26,3	118	100,0

Legenda:

- a) Elaboro os RE imediatamente após a realização das intervenções de enfermagem
- b) Elaboro os RE imediatamente após a realização de cada uma das intervenções de enfermagem
- c) Elaboro os RE depois do doente ser transferido para outra área / serviço
- d) Elaboro os RE imediatamente antes de o doente ser transferido para outra área / serviço
- e) Elaboro os RE depois de o doente estar hemodinamicamente estável

Na tabela 37 verificamos que 79 enfermeiros (54,1%) utilizam como estratégias para elaboração dos RE em SE a memória, 53 enfermeiros (36,3%) optam por escrever as intervenções antes de elaborar os RE. Cinco enfermeiros (3,4%) escrevem as intervenções num quadro afixado na SE como estratégia para facilitar a elaboração dos RE. Dois enfermeiros (1,4%) elaboram os RE após a realização das intervenções e 2 enfermeiros (1,4%) também referem elaborar os registos de forma sistematizada, segundo a sequência ABCDEFGHI. Os restantes enfermeiros utilizam as seguintes estratégias: não realizar

registos em SE (1 enfermeiro - 0,7%), questionar a restante equipa envolvida na prestação de cuidados (1 enfermeiro - 0,7%), registar intervenções diretamente no ALERT® (1 enfermeiro - 0,7%), registar intervenções “à posteriori” (1 enfermeiro - 0,7%) e registar as intervenções segundo as atividades de vida diárias (1 enfermeiro - 0,7%).

Tabela 37 - Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com as estratégias utilizadas para facilitar a elaboração dos RE em SE.

Estratégias utilizadas para facilitar elaboração de RE em SE	Nº	%
Memorizar	79	54,1
Escrever intervenções antes de realizar RE	53	36,3
Outras - Registrar em quadro afixado na SE	5	3,4
Outras - Registrar após realização das intervenções	2	1,4
Outras - Sistematizar registos segundo ABCDEFGHI	2	1,3
Outras - Não se fazem RE em SE	1	0,7
Outras - Questionar restante equipa envolvida das intervenções realizadas	1	0,7
Outras - Registrar intervenções diretamente no Alert®	1	0,7
Outras - Registrar intervenções “à posteriori”	1	0,7
Outras - Registrar segundo Atividades de Vida Diárias	1	0,7
Total	146	100,0

Através da tabela 38, no que diz respeito às sugestões dos enfermeiros para facilitar a elaboração de RE em SE, podemos verificar que treze enfermeiros (17,3%) sugerem a criação de um documento simples, que contemple ABCDE, adaptado a todo o tipo de doentes (médicos e cirúrgicos). Onze enfermeiros (14,7%) sugerem uma uniformização dos RE. Nove enfermeiros (12%) sugerem a existência de um enfermeiro alocado à SE, a criação de uma folha de registos apenas com “registos fechados” e o aumento do nº enfermeiros a prestar cuidados em SE. Sete enfermeiros (9,3%) defendem um suporte de registos rápido e intuitivo. Quatro enfermeiros (5,3%) defendem a existência de protocolos de atuação para patologias mais frequentes, com procedimentos rotinados e iguais para todos os doentes. Três enfermeiros (4%) sugerem a criação de uma página tipo verbete com “notas fechadas” e local para notas de enfermagem, a definição de funções / distribuição da equipa de enfermagem na sala de emergência e a elaboração de RE em “notas corridas”. Dois enfermeiros (2,6%) defendem uma uniformização de critérios para ocupação da SE. Um enfermeiro (1,3%) defendeu a existência de um elemento responsável pelos RE e a existência de um suporte de registos mais eficaz.

Tabela 38 – Distribuição dos enfermeiros participantes de acordo com as estratégias sugeridas para facilitar a elaboração dos RE em SE.

Estratégias Sugeridas para facilitar a elaboração de RE em SE	Nº	%
Documento simples, que contemple ABCDE, adaptado a todo o tipo de doentes (médicos e cirúrgicos)	13	17,3
Uniformização dos RE	11	14,7
Um enfermeiro alocado à SE	9	12,0
Folha de registos apenas com “registos fechados”	9	12,0
Aumentar nº enfermeiros para a SE	9	12,0
Suporte de registos rápido e intuitivo	7	9,3
Protocolos de atuação para as patologias mais frequentes, com procedimentos rotinados e iguais para todos os doentes	4	5,3
Criação de uma página tipo verbete com “notas fechadas” e local para notas de enfermagem	3	4,0
Definição de funções/distribuição da equipa de enfermagem na sala de emergência	3	4,0
RE em “notas corridas”	3	4,0
Uniformização de critérios para ocupação da SE	2	2,8
Haver um elemento responsável pelos RE	1	1,3
Suporte de registo mais eficaz	1	1,3
Total	75	100,0

3.2. HIPÓTESES EM ESTUDO

H1: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE versus Sexo

Pelos dados apresentados na tabela 39 verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de registos de enfermagem entre os enfermeiros do sexo masculino e os do sexo feminino ($p > 0,05$).

Tabela 39 – Média ponderada, desvio padrão e *t de Student* da Escala de ADERE-SE, por sexo.

	Feminino n₁ = 87		Masculino n₂ = 31		t	p
	Média	D. P.	Média	D. P.		
ADERE-SE – Total	3,15	0,57	3,21	0,49	- 0,542	0,589
F1 - Suporte de RE	3,04	0,76	3,12	0,71	- 0,520	0,604
F2 - Ocupação da SE	3,23	0,83	3,11	0,69	0,684	0,495
F3 - Excesso Enf./doentes não emergentes em SE	2,56	0,87	2,82	1,07	-1,344	0,181
F4 - Défice de Enfermeiros/tempo	3,96	0,81	4,11	0,81	- 0,899	0,371

H2: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE versus detenção ou não de especialidade em enfermagem

Pelos dados apresentados na tabela 40 não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas pelos enfermeiros em elaborar registos de enfermagem entre os enfermeiros com especialidade e os enfermeiros sem especialidade. ($p > 0,05$).

Tabela 40 - Média ponderada, desvio padrão e *t de Student* da Escala de ADERE-SE, por detenção de especialidade em enfermagem.

	Especialista n ₁ =22		Não Especialista n ₂ =96		t	p
	Média	D. P.	Média	D. P.		
ADERE-SE - Total	3,16	0,55	3,17	0,55	-0,040	0,968
F1 - Suporte de RE	3,04	0,82	3,07	0,73	-0,148	0,882
F2 - Ocupação da SE	3,22	0,59	3,19	0,84	0,123	0,902
F3 - Excesso Enf./doentes não emergentes em SE	2,55	1,05	2,65	0,90	-0,481	0,631
F4 - Défice de Enfermeiros/tempo	4,09	0,96	3,98	0,78	0,579	0,564

H3: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração de RE em SE versus o facto de os enfermeiros terem respondido que os RE em SE contemplam / não contemplam todas as intervenções elaboradas

Podemos verificar, pelos dados apresentados na tabela 41 que existem diferenças estatisticamente muito significativas nas dificuldades na elaboração de RE em SE na sua totalidade ($t = -5,143$; $p < 0,01$), na dimensão que avalia o suporte de registos de enfermagem ($t = -5,333$; $p < 0,01$) e na dimensão que avalia o défice de enfermeiros / tempo ($t = -2,716$, $p < 0,01$) entre os enfermeiros que registam todas as intervenções realizadas em SE e os enfermeiros que não registam todas as intervenções realizadas em SE. Podemos também constatar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades na elaboração de RE na dimensão que avalia o excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE ($t = -2,457$; $p < 0,05$) entre os enfermeiros que registam todas as intervenções realizadas em SE e os enfermeiros que não registam todas as intervenções realizadas em SE. Os enfermeiros que não registam todas as intervenções

realizadas em SE apresentam valores significativamente mais altos de dificuldades na elaboração dos registos na sua totalidade e nas dimensões que avaliam o suporte de RE, o excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE e o défice de enfermeiros / tempo. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades na elaboração de RE na dimensão que avalia a ocupação de doentes na SE ($t = -0,384$; $p > 0,05$) entre os enfermeiros que registam todas as intervenções e os enfermeiros que não registam todas as intervenções em SE.

Tabela 41 - Média ponderada, desvio padrão e *t de Student* da Escala de ADERE-SE, por enfermeiros que registam / não registam todas as intervenções de enfermagem em SE.

	Registam de todas as intervenções $n_1 = 79$		Não registam todas as intervenções $n_2 = 39$		t	p
	Média	D. P.	Média	D. P.		
ADERE-SE - Total	3,01	0,55	3,47	0,39	-5,143	0,000
F1 - Suporte de RE	2,83	0,70	3,53	0,60	-5,333	0,000
F2 - Ocupação da SE	3,18	0,80	3,24	0,79	-0,384	0,702
F3 - Excesso Enf./doentes não emergentes em SE	2,49	0,90	2,92	0,93	-2,457	0,015
F4 - Défice de Enf./tempo	3,86	0,84	4,28	0,70	-2,716	0,008

H4 a H7: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE em SE versus idade, tempo de enfermagem, tempo de experiência em SE e frequência de elaboração dos RE em SE

De forma a facilitar a leitura e por uma questão de organização escrita deste estudo optámos por colocar na mesma tabela as correlações entre as dificuldades na elaboração de RE em SE e a idade, tempo de enfermagem, tempo de experiência em SE e com a frequência de elaboração dos RE em SE, de forma a testar as hipóteses H4, H5, H6 e H7.

Através da tabela 42 podemos verificar que não existem correlações estatisticamente significativas entre as dificuldades na elaboração dos RE em SE na sua totalidade e entre as dimensões que avaliam o excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE e o défice de enfermeiros / tempo e as variáveis em estudo ($p > 0,05$).

No que diz respeito à dimensão da escala ADERE-SE que avalia o suporte de RE verificamos uma correlação negativa estatisticamente significativa com a frequência de elaboração dos RE em SE na sua totalidade [$r_{(118)} = -0,216$, $p < 0,05$] e com a frequência

de elaboração do registo das Intervenções Interdependentes [$r_{(118)} = - 0,182, p < 0,05$]. Verificamos que não existem correlações estatisticamente significativas com a idade, tempo de enfermagem, tempo de experiência em SE nem com a frequência de elaboração do registo das intervenções autónomas em enfermagem e registo de parâmetros ($p > 0,05$).

Relativamente à dimensão da escala ADERE-SE que avalia a ocupação da SE, verificamos uma correlação negativa estatisticamente muito significativa com a idade dos enfermeiros [$r_{(118)} = - 0,269, p < 0,01$] e com o tempo de enfermagem [$r_{(118)} = - 0,247, p < 0,01$]. Esta dimensão apresenta ainda correlações positivas estatisticamente muito significativas com a frequência de elaboração dos RE em SE na sua totalidade [$r_{(118)} = 0,274, p < 0,01$], com a frequência de elaboração de registo das intervenções autónomas em enfermagem [$r_{(118)} = 0,318, p < 0,01$] e com a frequência de elaboração do registo de parâmetros [$r_{(118)} = 0,243, p < 0,01$]. Verificamos que não existem correlações estatisticamente significativas com o tempo de experiência em SE e com a frequência de elaboração de registo de intervenções interdependentes ($p > 0,05$).

Síntese dos resultados significativos:

Existem diferenças estatisticamente muito significativas nas dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE na sua totalidade, na dimensão que avalia o *suporte de RE* e na dimensão que avalia o *défice de enfermeiros / tempo* entre os enfermeiros que registam todas as intervenções de enfermagem e os enfermeiros que não registam todas as intervenções de enfermagem. Existem ainda diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE na dimensão que avalia o *excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE* entre os enfermeiros que registam todas as intervenções de enfermagem em SE e os que não as registam. Os enfermeiros que não registam todas as intervenções realizadas em SE apresentam valores significativamente mais altos de dificuldades na elaboração de RE em SE nas dimensões supra-citadas.

A dimensão da escala ADERE-SE que avalia o suporte de RE apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com a frequência de elaboração de RE em SE na sua totalidade e com a frequência do registo das *intervenções interdependentes*.

A dimensão da escala ADERE-SE que avalia a *ocupação da SE* apresenta uma correlação negativa estatisticamente muito significativa com a *idade dos enfermeiros* e com o tempo

de enfermagem. Esta dimensão apresenta ainda correlações positivas estatisticamente muito significativas com a frequência de elaboração dos RE em SE na sua totalidade, com a frequência de elaboração de registo das *intervenções autónomas em enfermagem* e com a frequência de elaboração de *registo de parâmetros*.

Tabela 42- Correlação entre a Escala ADERE-SE e a idade, o tempo de enfermagem, o tempo de experiência em SE e a Escala de AFERE-SE (n=118).

	ADERE-SE - Total		F1		F2		F3		F4	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Idade	-0,071	0,443	0,041	0,660	-0,269	0,003	0,024	0,798	0,008	0,931
Tempo de Enfermagem	-0,036	0,697	0,071	0,444	-0,247	0,007	0,043	0,644	0,025	0,790
Tempo de experiência em SE	-0,021	0,819	-0,077	0,404	0,013	0,890	0,123	0,184	-0,026	0,784
AFERE-SE - Total	-0,061	0,511	-0,216	0,019	0,274	0,003	-0,122	0,187	-0,017	0,854
Registo Intervenções Autónomas em Enfermagem	-0,016	0,860	-0,173	0,062	0,318	0,000	-0,148	0,111	0,014	0,883
Registo Intervenções Interdependentes	-0,110	0,235	-0,182	0,048	0,099	0,288	-0,109	0,242	-0,043	0,641
Registo Parâmetros	-0,001	0,988	-0,168	0,068	0,243	0,008	0,071	0,445	-0,025	0,788

Legenda:

F1 – Suporte RE

F2 – Ocupação da SE

F3 – Excesso enfermeiros / doentes não emergentes em SE

F4 – Défice enfermeiros / tempo

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo iremos apresentar a discussão dos resultados articulando os resultados obtidos com a pesquisa bibliográfica efetuada ao longo deste estudo de investigação.

Participaram neste estudo 118 enfermeiros com uma média de 34 anos e idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos de idade. A maioria dos enfermeiros (74%) são do sexo feminino. Em relação ao grau académico, constatamos que ainda há 1 enfermeiro com bacharelato sendo que existem 7 enfermeiros com Mestrado em diversas áreas de enfermagem. Já no que diz respeito à especialidade em enfermagem os números sobem ligeiramente sendo que 18,6% dos enfermeiros são especialistas. Dos enfermeiros especialistas, 45,5% dos enfermeiros têm especialidade na área médico-cirúrgica. Estes dados são compreensíveis uma vez que a especialidade em enfermagem médico-cirúrgica abarca a área do doente crítico e, em SE, por norma, presta-se cuidados ao doente crítico. O Regulamento nº 124/2011 de 18 de fevereiro no que respeita às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica refere que o enfermeiro que presta cuidados em SE deve reunir competências de domínio profissional, ético e legal, de comunicação, de gestão e no âmbito da prestação de cuidados ao doente crítico e prevenção de complicações de forma a garantir a excelência dos cuidados em contexto de SE. O tempo de especialidade varia entre 1 e 20 anos, sendo que a média de tempo de especialidade dos enfermeiros é de cerca de 5 anos. Consideramos assim uma mais-valia na prestação de cuidados ao doente crítico a detenção da especialidade nesta área uma vez que desta forma estes enfermeiros detêm competências específicas na área que lhes permitem zelar por cuidados de excelência ao doente crítico.

Todos os enfermeiros participantes neste estudo elaboram os RE em suporte informático, no entanto, também verificámos que existem 9 enfermeiros que, para além do suporte informático ainda realiza RE em suporte de papel. O facto de 100% dos enfermeiros elaborarem os RE em suporte informático era um resultado expectável na medida em que a OE (2007) afirma que é emergente e fundamental a informatização dos serviços de

saúde uma vez que assim permite que haja produção automática de indicadores, desenvolvimento da investigação, monitorização da qualidade, formação, tomada de decisão no que diz respeito a políticas de saúde, necessidade de reutilização de dados e comparabilidade dos mesmos. As Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes (2006) orienta as instituições para a informatização dos registos. Hurquart e Currel (2005) referem que o suporte informático poderá ter algumas desvantagens durante o período de implementação do sistema, podendo os RE despendem de mais tempo uma vez que a equipa ainda se encontra em fase de adaptação, contudo, Linch, Muller-Staub e Rabelo (2010) reforçam que os registos informatizados, aliados ao uso de sistemas de classificação, podem aumentar o número de registos e melhorar a sua qualidade. No que diz respeito ao suporte informático, foram 4 os diferentes sistemas de registos identificados pelos enfermeiros: ALERT[®], SAPE[®]/SCILÍNICO[®], HCIS[®] e GLINNT[®], sendo que 78% dos enfermeiros, a grande maioria, utiliza o ALERT[®]. 79,7% dos enfermeiros referem que o sistema de RE utilizado implica a elaboração de RE em “formato narrativa”, sendo que, desse total, 62,8% dos enfermeiros referem que estes registos em “formato de narrativa” são facilitadores na elaboração de RE em SE. Por outro lado, 82,2% dos enfermeiros referem que o suporte de registos utilizados implica a elaboração de “registos fechados”. Desses enfermeiros, 86,6% referem que os “registos fechados” são facilitadores para a elaboração de RE em SE. Podemos concluir assim que a maioria dos enfermeiros elabora registos de enfermagem tanto em “formato narrativa” como “registos fechados”. Podemos ainda concluir que ambos os formatos são considerados pela maioria dos enfermeiros como facilitadores na elaboração de RE em SE.

Sabemos, perante os estudos já realizados que os RE muitas das vezes não refletem os cuidados de enfermagem e as intervenções realizadas. Constatámos que cerca de 33% dos enfermeiros admite que os RE em SE não contemplam todas as intervenções realizadas ao doente. Grisante, Silva, Ayoub, Belinelo, Onofre e Lopes (2013), em relação a situações de PCR (comuns em SE) referem, num estudo realizado, a ausência total de RE e registos incompletos que não refletem todas as intervenções realizadas em contexto de PCR. Este é assim um valor que vai ao encontro do que é referido na pesquisa bibliográfica, não deixando de ser um valor preocupante. Para Pimpão, Filho, Vagheti e Lunardi (2010), quando não há RE que contemplem as intervenções de enfermagem realizadas, grande parte do trabalho e o esforço despendido tornam-se invisíveis aos olhos

dos outros. Por outro lado, Costa, Paz e Souza (2010) reforçam esta ideia ao afirmarem que a informação que não é registada é informação que se perde, sendo que, a escassez de registos sugere uma má prática de enfermagem. Franco, Akemi e Inocento (2012) acrescentam ainda que o preenchimento incorreto, a falta de periodicidade e continuidade dos RE são fatores que impossibilitam qualquer tipo de avaliação, certificação, criação de indicadores e até mesmo perícias que possam ajudar juridicamente o profissional e a instituição. Para Linch, Muller-Staub e Rabelo (2010), os RE devem conter informações descritivas, completas, claras e objetivas de todo o processo de enfermagem. Estes devem conter ainda informações relatadas pelos utentes, observações realizadas pelos enfermeiros que contribuam para o planeamento das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados obtidos pela implementação das intervenções de enfermagem. Dos enfermeiros que admitiram não registar todas as intervenções de enfermagem em SE, constatámos que 9% desses enfermeiros refere não fazer notas de enfermagem, 7% dos enfermeiros não elaboram o registo dos sinais vitais contínuos, 6% dos enfermeiros não registam os posicionamentos, algaliações e a interação com a família, 5% dos enfermeiros não registam a evolução hemodinâmica e as intervenções autónomas em enfermagem. Abaixo dos 5% tivemos enfermeiros a referirem que não registam outros tipos de intervenções como as prescrições verbais, resposta terapêutica, entubação nasogástrica / oro-traqueal, monitorização, punção venosa, aspiração de secreções, avaliação periódica do doente, estado de consciência, queixas e transferências dos doentes, realização de ecografias e de pensos, colheita de espécimens, o tempo de permanência do doente em SE, oxigenoterapia, aquecimento corporal, as intervenções interdependentes, o apoio emocional, a integridade cutânea, educação para a saúde, o protocolo de hipotermia, via verde AVC, SBV, SAV, partos e drenagens. Podemos constatar que a panóplia de intervenções que não são registadas é vasta sendo que toda esta informação é importante ser registada quer para dar visibilidade à evolução do doente e ao plano de cuidados efetuado como para nossa salvaguarda, enquanto enfermeiros, em termos legais uma vez que intervenções não registadas correspondem legalmente a intervenções não realizadas. Desta forma consideramos que é fundamental a adoção de estratégias quer globais quer locais (por SE) de forma a facilitar a elaboração de RE em SE.

Constatámos que, dos enfermeiros que participaram neste estudo, nenhum elabora “sempre” os RE imediatamente após as intervenções de enfermagem realizadas, sendo que, 41,5% dos enfermeiros refere que “às vezes” elabora os RE após a realização das

intervenções de enfermagem e 50% dos enfermeiros “raramente” regista após a realização de cada uma das intervenções de enfermagem. De facto, na nossa prestação de cuidados envolvemos diversas intervenções de enfermagem junto do doente o que torna difícil elaborar o registo após a realização de cada uma das intervenções realizadas, sendo desta forma compreensível que 16,1% dos enfermeiros nunca registem após a realização de cada intervenção de enfermagem. Verificamos ainda que 36,4% dos enfermeiros “às vezes” elabora os RE depois do doente ser transferido e 5,1% dos enfermeiros fazem-no “sempre”. 44,1% dos enfermeiros diz que “muitas vezes” elabora os RE imediatamente antes da transferência do doente. Os RE são elaborados “muitas vezes” (por 47,5% dos enfermeiros), depois do doente estar hemodinamicamente estável, sendo que, 26,3% dos enfermeiros referem que elaboram os RE sempre depois do doente estar hemodinamicamente estável. Estes dados são bastante variáveis e na nossa opinião o momento de elaboração dos RE em SE varia consoante a dinâmica da mesma: lotação, estado clínico dos doentes, entre outras. Desta forma, não poderemos valorizar estas respostas como sendo estanques sem percebermos em que circunstâncias é que estes RE são elaborados em cada um destes momentos.

Ao estudarmos a relação existente entre as dificuldades na elaboração dos RE em SE e o sexo dos enfermeiros verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros do sexo masculino e do sexo feminino, o que nos indica que as dificuldades na elaboração de RE em SE não estão relacionadas com o sexo dos enfermeiros. Este resultado era expectável na medida em que, os enfermeiros do sexo masculino e feminino têm a mesma formação e desempenham funções idênticas enquanto enfermeiros, não havendo aqui, na nossa opinião, um fator que contribua para que as dificuldades sejam diferentes mediante o sexo dos enfermeiros.

Também verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dificuldades na elaboração de RE em SE entre os enfermeiros detentores de especialidade e os enfermeiros sem especialidade. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista, através do Regulamento nº122/2011 de 18 de fevereiro afirma que o enfermeiro especialista desenvolve um papel fulcral no domínio da melhoria da qualidade dos cuidados. Tal facto não faz, por si só, que os enfermeiros especialistas tenham maior facilidade na elaboração dos RE, no entanto, na nossa opinião, estes devem estar mais despertos e devem desenvolver um papel ativo na melhoria da qualidade dos

RE em cada instituição. Não estávamos à espera deste resultado, uma vez que, para nós, era expectável que o enfermeiro especialista, devido à formação complementar que tem, tivesse maior facilidade em gerir os seus registos. Este facto não se verifica e os resultados obtidos indicam que as dificuldades na elaboração de RE em SE tanto estão presentes em enfermeiros com especialidade como em enfermeiros sem especialidade.

Em relação às dificuldades na elaboração de RE em SE verificamos que existem diferenças estatisticamente muito significativas entre os enfermeiros que registam todas as intervenções de enfermagem em SE e os enfermeiros que referem não registar todas as intervenções de enfermagem em SE. As diferenças verificam-se na totalidade das dificuldades na elaboração de RE em SE e nas dimensões que avaliam o suporte de RE, e o défice de enfermeiros / tempo. Os enfermeiros que referem não registar todas as intervenções de enfermagem em SE revelaram mais dificuldades na elaboração de RE em SE na totalidade das dificuldades na elaboração de RE em SE, na dimensão que avalia o suporte de RE e na dimensão que avalia o défice de enfermeiros / tempo. Perante estes resultados podemos concluir que o suporte de RE e o défice de enfermeiros / tempo poderá interferir com o facto de os enfermeiros não registarem todas as intervenções em SE. Estes dados são confirmados por Franco, Akemi e Inocento (2012) e Vagheti e Lunardi (2010) que referem que as falhas nos RE são justificadas pelos profissionais como sendo devidas à escassez de enfermeiros, de tempo, de organização e do suporte de registos. Passador e Canavezi (2008), citado por Fernandes, Vancini, Cohrs e Moreira (2010) afirmam que, numa SE, encontrando-se os doentes em estado crítico, o enfermeiro vai despender mais tempo com o doente, sendo que, para a elaboração dos RE de forma completa e detalhada o enfermeiro deverá ser dotado de conhecimento, competência e deverá ter disponibilidade para elaboração desses registos.

Relativamente às dificuldades na elaboração de RE em SE, existem ainda diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que registam todas as intervenções de enfermagem em SE e os enfermeiros que referem não registar todas as intervenções de enfermagem em SE na dimensão da escala que avalia o excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE. Verificamos assim que os enfermeiros que referem não registar todas as intervenções realizadas em SE apresentam uma maior dificuldade na dimensão que avalia o excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE. Não encontramos autores que corroborassem estes dados, contudo, estes resultados poderão estar

relacionados com a organização que se vive numa SE na prestação de cuidados ao doente crítico. Mellick e Adams (2009) referem que a discórdia nos procedimentos adotados em SE, as falhas na liderança e na comunicação entre a equipa, o *stress* e a falta de organização podem gerar um ambiente caótico e confuso. Este ambiente pode então interferir com as dificuldades na elaboração de RE uma vez que, podendo estar mais do que um enfermeiro envolvido na prestação de cuidados, não é o mesmo enfermeiro a executar todas as intervenções de enfermagem ao doente, o que pode levar a que alguma informação possa ser perdida e consequentemente não registada. Nolan e Gwinnutt (2007) afirmam que uma das situações vivenciadas em SE é a PCR que, sendo uma situação stressante que envolve um grande número de profissionais, muitas vezes se perde o controlo sobre o que é feito durante a prestação de cuidados ao doente, levando a que, posteriormente também possam haver falhas nos RE.

Ainda em relação às dificuldades na elaboração de RE em SE, não existe qualquer tipo de relação na dimensão que avalia a ocupação da SE entre os enfermeiros que registam todas as intervenções e os enfermeiros que não registam todas as intervenções de enfermagem em SE, o que nos leva a concluir que não é o facto de a SE estar lotada com doentes que leva a que os enfermeiros não elaborem RE completos.

As dificuldades na elaboração dos RE em SE, na dimensão que avalia o suporte de RE apresenta correlações negativas estatisticamente significativas com a frequência de elaboração dos RE na sua totalidade e com a frequência de elaboração de registos de intervenções interdependentes. Assim, verificamos que quanto mais dificuldades na elaboração de RE na dimensão relacionada com o suporte de RE menor a frequência de RE no total e no que diz respeito ao registo de intervenções interdependentes. Podemos concluir assim que o suporte de RE utilizado em cada SE vai ter um impacto direto na frequência de elaboração dos RE. Seria interessante perceber o comportamento deste resultado de acordo com o sistema de registos adotado em cada instituição bem como perceber se o suporte de registos que se encontra em vigor é recente, uma vez que Hurquart e Currel (2005) referem que na fase de implementação do sistema de registos informáticos, a execução dos RE poderá ser mais demorada, o que traz dificuldades na sua execução. Verificamos ainda que o suporte de registos interfere com o registo das intervenções interdependentes, não encontramos, contudo, nenhum autor que corrobore ou contrarie este resultado.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos RE em SE, no que diz respeito à dimensão que avalia a ocupação da SE, verificamos correlações negativas estatisticamente muito significativas com a idade dos enfermeiros e tempo de enfermagem. Podemos afirmar então que quanto menos idade têm os enfermeiros e / ou quanto menos tempo de profissão têm, maiores as dificuldades na elaboração de RE na dimensão que avalia a ocupação da SE. A SE é um local de *stress* uma vez que uma das finalidades da mesma é a estabilização do doente crítico. Se por vezes um doente crítico é difícil de gerir, quando a SE está lotada (com mais de um doente crítico) e quando mantém os mesmos recursos humanos é expectável que essa dificuldade aumente uma vez que o tempo dos profissionais tem de ser gerido de acordo com a situação clínica dos doentes em SE. As Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes (2006) defendem que os profissionais que prestam cuidados em SE devem ser diferenciados, sendo que, Pereira (2008) acrescenta ainda que aos mesmos é exigido um equacionamento célere, uma tomada de decisão imediata bem como uma perícia na execução dos procedimentos. É compreensível que quanto menor a idade / tempo de enfermagem, maior a imaturidade profissional na medida em que, as competências exigidas para a prestação de cuidados a um doente em SE ainda se encontram em fase de construção. Estes resultados são assim facilmente compreendidos e não existe forma de colmatar estas dificuldades a não ser o próprio investimento pessoal e profissional e o apoio e entreaajuda entre toda a equipa. Benner (2001) reforça esta ideia ao referir que é ao longo do tempo que o enfermeiro adquire experiência e que o conhecimento clínico se desenvolve. A mesma autora defende que apenas quando um enfermeiro trabalha cerca de 2 a 3 anos no mesmo serviço é que começa a discernir os aspetos essenciais dos dispensáveis numa determinada situação.

Ainda em relação às dificuldades na elaboração dos RE em SE, a dimensão que avalia a ocupação da SE apresenta correlações positivas estatisticamente muito significativas com a frequência de elaboração de RE em SE na sua totalidade, com a frequência de elaboração do registo de intervenções autónomas de enfermagem e com a frequência de elaboração do registo de parâmetros. Na sequência do que foi dito anteriormente relativamente à ocupação da SE, estes resultados também são compreensíveis na medida em que quanto mais doentes na SE, menos disponibilidade vão ter os enfermeiros para a elaboração de RE, logo mais dificuldades na elaboração desses registos. Essas dificuldades manifestam-se essencialmente no registo de intervenções autónomas de

enfermagem e no registo de parâmetros. Não conseguimos entender o motivo de não existir a mesma correlação entre existência dessas dificuldades com o aumento da frequência de registos das intervenções interdependentes. Seria desta forma interessante a realização de um estudo de forma a clarificar o porquê de o número de doentes em SE não estar relacionado com o registo de intervenções interdependentes.

As estratégias mais utilizadas pelos enfermeiros para facilitar a elaboração dos RE em SE são a memória e o facto de os enfermeiros irem escrevendo as intervenções para depois não se esquecerem das mesmas na altura de elaborarem os RE. Foram, no entanto, muitas as sugestões dos enfermeiros para facilitar a elaboração dos RE em SE: criação de um modelo de registos tipo verbete com “notas fechadas” e “notas corridas”; definição de funções na equipa em SE; existência de um documento simples, que contemple a sequência ABCDE..., adaptado a todo o tipo de doentes; um enfermeiro alocado à SE / aumento do número de enfermeiros a prestar cuidados em SE; existência de protocolos de atuação para as patologias mais frequentes; existência de uma folha de RE apenas com “registos fechados” / “notas corridas”; suporte de RE rápido e intuitivo / eficaz; uniformização de critérios para a ocupação da SE e uniformização dos RE.

Assim como foi criado o modelo de *Utstein* para o registo das situações de PCR, deveriam ser criados outros modelos e protocolos com outras situações frequentes em SE de forma a orientar os profissionais quer nas intervenções a adotar como na sequência e dados importantes de registar. O modelo de *Utstein* é maioritariamente constituído por “registos fechados” sendo que apresenta um campo para elaboração de “notas corridas”. Creio que este formato irá ao encontro das sugestões dos enfermeiros na medida em que, não verificámos um consenso entre a facilidade na elaboração de “registos fechados” e “notas corridas”, desta forma um formato que permita as duas modalidades de registos poderia satisfazer os enfermeiros e facilitar a elaboração dos RE. As Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes (2006) defendem a existência de um módulo informático que abarque todos os registos passíveis de serem elaborados no SU e considera fundamental que o aplicativo seja de fácil utilização. As mesmas recomendações defendem que deve haver um responsável pela SE, referindo ainda que os registos devem ser simples, mensuráveis e auditáveis. O documento alerta ainda para a importância da existência de protocolos de atuação. Pereira (2008) afirma que o alargamento dos critérios de admissão à SE para situações de instabilidade fisiológica

(que não sejam as contempladas na classificação “vermelha” da triagem de Manchester) pode ser prejudicial à sua operacionalidade, sendo que, deverá estar estabelecido no regulamento da SE o tempo limite de permanência na SE por episódio.

5. CONCLUSÃO

Como temos vindo a referir ao longo deste estudo, os RE são um instrumento essencial para a prática de enfermagem não só porque é através destes que damos visibilidade ao nosso trabalho enquanto enfermeiros mas também porque é através dos RE que conseguimos ter uma perceção da evolução do estado de saúde do doente de forma a irmos atualizando o plano de cuidados mediante as necessidades do doente.

Dos enfermeiros que participaram neste estudo, 33% admite não registar todas as intervenções realizadas ao doente na SE, sendo que, as intervenções que não são registadas são vastas, variando entre as intervenções autónomas de enfermagem e as intervenções interdependentes. Constatámos que os enfermeiros que referem não registar todas as intervenções de enfermagem em SE apresentam mais dificuldades na elaboração dos RE na sua totalidade (comparando com os enfermeiros que registam todas as intervenções) e nas dimensões que avaliam o suporte de RE, o défice de enfermeiros / tempo, o excesso de enfermeiros / doentes não emergentes em SE.

Concluimos ainda que o suporte de RE utilizado em cada SE vai ter um impacto direto na frequência de elaboração dos RE uma vez que existem correlações negativas estatisticamente significativas entre esta dimensão da Escala ADERE-SE e a frequência de elaboração de RE em SE na sua totalidade e com a frequência de elaboração de registos de intervenções interdependentes. Quanto mais dificuldades na elaboração de RE na dimensão relacionada com o suporte de RE menor a frequência de RE no que diz respeito às intervenções interdependentes.

Podemos afirmar, dos resultados obtidos que quanto menos idade têm os enfermeiros e / ou quanto menos tempo de profissão têm, maiores as dificuldades na elaboração de RE na dimensão que avalia a ocupação da SE.

Verificámos ainda que quantos mais doentes ocupam a SE, menos disponibilidade vão ter os enfermeiros para a elaboração de RE, logo mais dificuldades na elaboração desses registos. Essas dificuldades manifestam-se essencialmente no registo de intervenções

autónomas de enfermagem e no registo de parâmetros, sendo que não obtivemos os mesmos resultados no que diz respeito aos registos das intervenções interdependentes.

Através destes resultados podemos concluir que os RE em SE nem sempre são conseguidos, existindo diversos fatores dificultadores que contribuem para a elaboração desses registos. Com este estudo procurámos identificar esses mesmos fatores e perceber a sua relação com algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais. Como verificámos nos parágrafos anteriores apenas se verificou relação entre as dificuldades na elaboração de RE em SE e: a idade dos enfermeiros, o tempo de experiência profissional, o facto de os enfermeiros não registarem todas as intervenções de enfermagem em SE e a frequência de elaboração dos RE em SE.

Este estudo permitiu-nos ainda perceber as estratégias que se poderiam adotar de forma a minimizar as dificuldades referidas na elaboração de RE em SE, sendo que, muitas dessas sugestões, estando preconizadas nas Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes e Emergentes (2006), não estão a ser cumpridas em todos os SU's, como por exemplo a existência de um responsável pela SE, registos simples, mensuráveis e auditáveis e a existência de protocolos de atuação.

As principais limitações deste estudo foram essencialmente a pouca disponibilidade das instituições para responder ao pedido de autorização para a realização deste estudo bem como a pouca disponibilidade dos próprios serviços para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Estas limitações tiveram impacto no estudo uma vez que tornaram a amostra mais reduzida.

Assim como foi criado o modelo de *Utstein* para o registo da PCR, consideramos, perante os resultados obtidos que seria interessante a criação de uma plataforma de RE específicos para a SE, com as principais sugestões obtidas neste estudo: modelo de registos com “notas fechadas” e espaço correspondente para “notas corridas”, seguindo a sequência ABCDE..., adaptado a todo o tipo de doentes. Este suporte deve ser rápido, intuitivo e eficaz e deve comportar protocolos de atuação para as patologias mais frequentes em SE. Deve assim garantir-se uma uniformização dos RE. Seria interessante aplicar esta plataforma inicialmente nas SE cujos enfermeiros participaram neste estudo de forma a que, mais tarde, se pudesse fazer uma comparação de resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Assunção, R.C., Dalri, M.C.B. (2010). Evaluation of the ethical and legal aspects in nursing. *Cienc Cuid Saude*, 9(4), 676-81;
- Avansi, P.A., Meneghin, P. (2008). Translation and adaptation of the in-hospital Utstein Style into the portuguese language. *Rev Esc Enferm USP*, 42(3), 504-11;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto;
- Carrizo, A.R. e Oguisso, T. (2006). Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(esp), 454-8;
- Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO de 31 de março de 2010. Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 23 de fevereiro de 2014 em file:///C:/Users/Catarina/Downloads/i012654.pdf;
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem, versão 2*. Loures: Lusodidacta;
- Costa, S.P., Paz, A.A. e Souza, E.N. (2010). Evaluation of nursing records on the physical examination. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 31(1), 62-9;
- Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Diário da República 1ª série A Nº 205 (4-09-1996), 2960-2962;
- Fernandes, A.P., Vancini, C.R., Cohrs, F. e Moreira, R.S.L. (2010). Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas com ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 757-63;
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (1ª edição). Loures: Lusociência;
- Franco, M.T.G., Akemi, E.N. e Inocente, M. (2012) Evaluation of the nursing records in the medical records of patients hospitalized in an internal medicine unit. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 163-70;
- Grais, A., Marques, G., Simões, J. e Amendoeira, J. (2000). A importância da Comunicação e registos na organização dos cuidados. In J. Amendoeira, *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto* (pp.136-151). Lisboa: Ministério da Saúde;
- Grisante, D.L., Silva, A.B.V., Ayoub, A.C., Belinelo, R.G.S., Onofre, P.S.C., Lopes, C.T. (2013). Avaliação dos registos de enfermagem sobre ressuscitação cardio-pulmonar baseada no modelo de utstein. *Rev Rene*, 14(6), 1177-84;

- Hatcher, L. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modelling*. Cary, NC: SAS Institute;
- Hurquart, C., Currel, R. (2005). Reviewing the evidence on nursing record systems. *Health Informatics*, 11(1), 33-44;
- Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2012). Ordem dos enfermeiros. Acedido em 25 de fevereiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Inquerito_padroesQualidade_2012.pdf;
- Linch, G.F.C., Muller-Staub, M., Rabelo, E.R. (2010). Quality of nursing records and standardized language: literature review. *Brazilian Journal of Nursing*, 9(2), 1;
- Lopes, J.L., Silva, R.C.G., Palomo, J.S.H., Gonzalez, M.M.C., Pires, F.A., Gutierrez, M.A. e Ferreira, F.G. (2012). Sistematização do registo eletrónico de atendimento da parada cardiorrespiratória. *J. Health Inform*, 4(1), 17-22;
- Matsuda L.M., Évora, Y.D.M. e Coimbra, J.A.H. (2006). Anotações/registos de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Revista Eletronica de Enfermagem*, 8(3), 415-21. Acedido em 23 de fevereiro de 2014 em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm;
- Mellick, L.B. e Adams, B.D. (2009). Resuscitation team organization for emergency departments: a conceptual review and discussion. *The Open Emergency Medicine Journal*, 2, 18-27;
- Moreira, J.M. (2004). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra, Almedina;
- Nolan, J.P., Gwinnutt, C.L. (2007). The Utstein for the reporting of data from cardiac arrest. In A. Gullo, *Anaesthesia, pain, intensive care and emergency* (pp.237-45) Springer: Virilag Italy;
- Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos: Recomendações*. Lisboa: Ordem dos Médicos;
- O serviço de urgência: Recomendações para a organização de cuidados urgentes e emergentes* (2006). Hospitais EPE do Ministério da Saúde. Acedido a 23 de fevereiro de 2014 em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/livro%20urgencias%202006.pdf;
- Pereira, D. (2008). Reestruturação da sala de emergência. *Rev Port Cardiol*, 27(7-8), 903-906;
- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (1998). *Análise de dados para as ciências sociais - a complementaridade do SPSS* (1ª edição). Lisboa: Sílabo;
- Pestana, M.H. e Gageiro, J.N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª edição). Lisboa: Sílabo;

- Pimpão, F.D., Filho, W.D.L., Vaghetti, H.H. e Lunardi, V.L. (2010). Nursing staff perception of nursing records: systematizing nursing care. *Revista Enfermagem UERJ*, 18(3), 405-10;
- Potter, P. e Perry (2003). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5ª edição). Loures: Lusodidacta;
- Regulamento nº124/2011 de 18 de fevereiro (2011). Aprova o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República 2ª série Nº35 (11-02-18), 8656-8657
- Relatório de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência* (2012). In: Portal da Saúde. Acedido em 23 de fevereiro de 2014 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf>;
- Ribeiro, J.L.P. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic;
- Santos, S.R., Paula, A.F.A. e Lima, J.P. (2003). O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev Latinoam Enfermagem*, 11(1):80-7;
- Simões, C.M.A.R. e Simões, J.F.F.L. (2007). Avaliação inicial em enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. *Revista Referencia*, 2(4), 9-23;
- Sistemas de informação de enfermagem – princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais* (2007). In: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 25 de fevereiro de 2014 em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf;
- Streiner, D.L.e Norman, G.R. (1989). *Health Measurement scales (A practical Guide to their development and Use)*. Oxford Medical Publicatins;
- Streubert, H.J. e Carpenter, D.R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (5ª ed). Loures: Lusociência;

ANEXOS

ANEXO I: Protocolo de *Utstein*

4. DROGAS UTILIZADAS (mg/amp/vol.)

Epinefrina: _____ Amiodarona: _____
Procainamida: _____ Gluc. Ca: _____
Sulf. Magnésio: _____ Atropina: _____
Lidocaína: _____ Bic. de sódio: _____

5. VARIÁVEIS DE SEGUIMENTO

- ✓ Envolvidos na reanimação: () Médico () Enfermeiro () auxiliar de enf.
- ✓ Nº de médicos com ACLS: _____
- ✓ Nº de enfermeiros com ACLS: _____
- ✓ Quando acordou: data: ___/___/___ hora ___:___
- ✓ Seguimento no hospital:

() alta Data: ___/___/___ hora ___:___

- Destino: () Outro hospital () Casa

- Glasgow na alta: _____

() Morte no hospital hora: ___:___ Data: ___/___/___

() Suporte retirado () Morte cerebral () Doador

Principal causa do óbito: _____

- ✓ Outras tentativas de reanimação? (Se há mais de 24 horas da atual)

() Sim () Não Quantas? _____

Datas: _____

- ✓ Dados anotados no prontuário referente à PCR: _____

() Completos () Incompletos

Informações

adicionais: _____

ANEXO II: Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

Numa primeira fase da entrevista pretendo obter alguns dados gerais como a idade do enfermeiro, género, o grau académico, anos de experiência profissional e anos de experiência em Sala de Emergência/Reanimação.

1ª questão: Qual a dinâmica da vossa Sala de Emergência/ Reanimação? (lotação, tempo médio de permanência dos doentes na Sala de Emergência, critérios de admissão, profissionais escalados para a Sala de Emergência/Reanimação)

2ª questão: Sente dificuldades na elaboração de Registos de Enfermagem na Sala de Emergência/Reanimação? Quais?

Se resposta anterior positiva:

3ª questão: O que considera estar na origem dessas dificuldades sentidas?

4ª questão: Que estratégias utiliza para superar essas dificuldades? / Que estratégias sugere de forma a facilitar a elaboração dos Registos de Enfermagem/ Reanimação?

ANEXO III: Consentimento Informado Entrevista

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro que concordo em participar voluntariamente na primeira etapa deste estudo de investigação, intitulado “Sala de Emergência: dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos registos de enfermagem”.

Declaro ainda que me foi explicado o âmbito deste estudo e que me foi dada a oportunidade para esclarecer todas as minhas dúvidas em relação ao mesmo.

Tomei conhecimento, dos direitos que me assistem:

- Direito de decidir livremente acerca da minha participação neste estudo;
- Direito ao anonimato e confidencialidade dos dados que fornecer;
- Direito de proteção contra o desconforto e prejuízo;
- Direito a desistir de participar no estudo, em qualquer momento da investigação.

Colaborarei, respondendo às questões que me forem realizadas pela investigadora, a qual utilizará um gravador, sendo que, a autorizo a utilizar as informações por mim fornecidas para fins académicos, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data, desde que sejam garantidos a privacidade e o anonimato.

____/____/____

(Assinatura do enf.º entrevistado)

____/____/____

(Assinatura da investigadora)

ANEXO IV: Questionários

QUESTIONÁRIO

“Sala de Emergência: Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na elaboração dos Registos de Enfermagem”

O questionário que se segue surge na sequência da realização de um estudo de investigação intitulado: Sala de Emergência: Dificuldades sentidas pelos Enfermeiros na elaboração dos Registos de Enfermagem. Este estudo é realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Este questionário pretende dar resposta aos seguintes objetivos:

- Perceber o que motiva a existência de dificuldades na elaboração de Registos de Enfermagem em Sala de Emergência;
- Identificar que estratégias, do ponto de vista dos enfermeiros, se podem implementar de forma a facilitar a elaboração de Registos de Enfermagem em Sala de Emergência.

O questionário é constituído por duas partes sendo que a primeira parte é constituída por 6 questões que irão permitir caracterizar a população em estudo enquanto que a segunda parte é constituída por 9 questões referentes aos registos de enfermagem em sala de emergência.

O questionário é anónimo e confidencial pelo que agradeço que não se identifique no questionário.

Agradeço a sua participação,

(Catarina Asseiceira Hilário Rufino)

I PARTE

1. Qual o seu sexo?

Feminino;

Masculino.

2. Qual a sua idade? _____ anos.

3. Qual o seu grau acadêmico?

Bacharelato;

Licenciatura;

Mestrado: Área: _____

Doutorado: Área: _____

4. Há quanto tempo é enfermeiro(a)?

5. Há quanto tempo exerce funções na Sala de Emergência / Reanimação?

6. É enfermeiro(a) especialista? Sim: Área: _____

Há quanto tempo? _____

Não.

II PARTE

1. Na Sala de Emergência / Reanimação onde exerce funções, em que suporte se realizam os Registos de Enfermagem?

(Assinale com um X a (s) opção/opções que se adequem à sua prática)

Suporte de papel;

Suporte Informático:

a) Alert[®];

b) Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE[®]) / SClínico[®];

c) Outro: Qual? _____

2. Considera que os seus Registos de Enfermagem na Sala de Emergência / Reanimação contemplam todas as intervenções realizadas ao doente na Sala de Emergência / Reanimação até à sua transferência?

Sim;

Não.

2.1. Se respondeu “NÃO” à questão anterior, refira as intervenções de enfermagem que habitualmente não são registadas.

3. O sistema de Registos de Enfermagem utilizado na Sala de Emergência / Reanimação onde exerce funções implica a realização de registos em formato de narrativa (“notas corridas”)?

Sim;

Não.

3.1. Se respondeu “SIM” à questão anterior, considera que a realização de Registos de Enfermagem em formato de narrativa (“notas corridas”) é facilitador ou dificultador para a elaboração dos registos em contexto de Sala de Emergência / Reanimação?

Facilitador;

Dificultador.

4. O sistema de Registos de Enfermagem utilizado na Sala de Emergência / Reanimação onde exerce funções implica a realização de registos “fechados” (por exemplo preencher espaços em branco com os valores dos sinais vitais)?

Sim;

Não.

4.1. Se respondeu “SIM” à questão anterior, considera que a realização de Registos de Enfermagem em formato “fechado” é facilitador ou dificultador para a elaboração dos registos em contexto de Sala de Emergência / Reanimação?

Facilitador;

Dificultador.

5. Assinale com um X a frequência com que elabora os Registos de Enfermagem nas situações abaixo indicadas em contexto de Sala de Emergência / Reanimação.

	Frequência com que realiza os Registos de Enfermagem				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
Elaboro os Registos de Enfermagem imediatamente após realização das intervenções de Enfermagem;					
Elaboro os Registos de Enfermagem imediatamente após realização de cada uma das intervenções de Enfermagem;					
Elaboro os Registos de Enfermagem depois do doente ser transferido para outra área / serviço;					
Elaboro os Registos de Enfermagem imediatamente antes do doente ser transferido para outra área / serviço;					
Elaboro os Registos de Enfermagem depois do doente estar hemodinamicamente estável;					

6. Relativamente às intervenções que se seguem, assinale com um X a frequência com que realiza os Registos de Enfermagem das intervenções que se encontram identificadas na coluna da esquerda.

	Frequência com que realiza os Registos de Enfermagem				
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
Sinais Vitais;					
Escala de Coma de Glasgow;					
Indicação oral para administração de terapêutica;					
Algaliação sob prescrição médica;					
Terapêutica prescrita;					
Entubação Nasogástrica por indicação médica;					
Outras indicações médicas prescritas;					
Intervenções protocoladas;					
Entubação Nasogástrica por iniciativa do enfermeiro;					
Notas de entrada;					
Lavagem vesical;					
Outras intervenções realizadas pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade;					
Algaliação por iniciativa do enfermeiro;					

7. Assinale, em que medida cada um dos aspectos abaixo mencionados, contribuem para a existência de dificuldades na elaboração dos Registos de Enfermagem em Sala de Emergência / Reanimação, considerando que:

- 1 – **Não contribui nada** para a existência de dificuldades na elaboração dos Registos de Enfermagem;
- 2 – **Contribui pouco** para a existência de dificuldades na elaboração dos Registos de Enfermagem;
- 3 – **Contribui moderadamente** para a existência de dificuldades na elaboração dos Registos de Enfermagem;
- 4 – **Contribui muito** para a existência de dificuldades na elaboração dos Registos de Enfermagem;
- 5 – **Contribui muitíssimo** para a existência de dificuldades na elaboração dos Registos de Enfermagem;

	Não Contribui nada	Contribui Pouco	Contribui moderadamente	Contribui Muito	Contribui muitíssimo
Carência de tempo para a realização dos Registos de Enfermagem;	1	2	3	4	5
Grande afluência de doentes à Sala de Emergência / Reanimação;	1	2	3	4	5
Défice de enfermeiros na prestação de cuidados na Sala de Emergência / Reanimação;	1	2	3	4	5
Falta de disponibilidade mental para a realização dos Registos de Enfermagem;	1	2	3	4	5
Tipo de suporte de registos na Sala de Emergência / Reanimação contemplar registos em narrativa (“texto corrido”);	1	2	3	4	5
Necessidade constante de vagas urgentes na Sala de Emergência / Reanimação;	1	2	3	4	5
Inexistência de um sistema de registos que contemple os pontos-chave de referência no doente crítico;	1	2	3	4	5
Permanência do doente na Sala de Emergência / Reanimação mesmo após a estabilização do doente;	1	2	3	4	5
Presença de vários enfermeiros na prestação de cuidados na Sala de Emergência / Reanimação;	1	2	3	4	5
Lotação da Sala de Emergência / Reanimação ser inferior às necessidades;	1	2	3	4	5
Tipo de suporte de registos na Sala de Emergência / Reanimação contemplar registos “fechados” (por exemplo preencher espaços em branco com os valores dos sinais vitais);	1	2	3	4	5
A inexistência de um sistema de registos mais intuitivo;	1	2	3	4	5
As transferências inesperadas de doentes;	1	2	3	4	5
Falta de uniformização dos registos na equipa de enfermagem que presta cuidados ao doente em Sala de Emergência / Reanimação;	1	2	3	4	5
O suporte de registos contemplar poucos itens de resposta “fechada”;	1	2	3	4	5
A inexistência de um sistema de registos mais rápido;	1	2	3	4	5

8. Quais as estratégias que utiliza de forma a facilitar a elaboração de Registos de Enfermagem em Sala de Emergência / Reanimação?

(Assinale com um X a (s) opção/opções que se adequem à sua prática)

- Memorizar as intervenções realizadas para depois poder registá-las;
- Escrever num papel as intervenções realizadas para depois poder registá-las.
- Outra (s): Qual? _____

9. Que estratégias sugere que se implementem no seu serviço de forma a facilitar os Registos de Enfermagem em Sala de Emergência / Reanimação?

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO V: Consentimento Informado para aplicação de questionários

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo de investigação, intitulado “Sala de Emergência: dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos registos de enfermagem” surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, ministrado pelo Instituto Politécnico de Leiria, na Escola Superior de Saúde de Leiria, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho.

O principal objetivo deste estudo de investigação visa perceber de que forma são vivenciados, pelos enfermeiros, a elaboração dos Registos de Enfermagem num contexto tão específico como a Sala de Emergência.

Numa primeira etapa deste estudo foram realizadas entrevistas a enfermeiros com funções em sala de emergência de forma a ser possível construir um segundo instrumento de colheita de dados – questionário – para aplicar a um maior número de enfermeiros.

Importa referir que os enfermeiros, ao participar neste estudo, são contemplados com os seguintes direitos:

- Direito de decidir livremente acerca da sua participação neste estudo;
- Direito ao anonimato e confidencialidade dos dados que fornecer;
- Direito de proteção contra o desconforto e prejuízo;
- Direito a desistir de participar no estudo, em qualquer momento da investigação.

A participação neste estudo de investigação encontra-se isenta de custos para o enfermeiro participante.

Para qualquer esclarecimento relativamente a este estudo pode contactar a Investigadora Catarina Rufino, através do contacto 912979755.

(Assinatura da investigadora)

Eu, _____, após ter conhecimento do âmbito deste estudo de investigação bem como de todos os direitos que me assistem, declaro que concordo em participar voluntariamente neste estudo.

_____/_____/____

(Assinatura do enfermeiro participante)

ANEXO VI: Pedido de Autorização às Instituições de Saúde para a realização de entrevistas

Exmo (a) Sr.(^a) Presidente do Conselho de

Administração

Eu, Catarina Asseiceira Hilário Rufino encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria, como tal, estou a desenvolver um estudo intitulado “Sala de Emergência: dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos registos de enfermagem” sob orientação do Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho. Desta forma, venho por este meio solicitar autorização para realização de entrevistas aos enfermeiros que exerçam funções no Serviço de Urgência – Sala de Emergência/Reanimação do _____ (*instituição*)

Mais informo que, para a concretização deste estudo terei sempre presente os direitos determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal.

Seguem em anexo os seguintes documentos:

- Projeto de Investigação;
- Consentimento Informado;
- Guião das Entrevistas;
- Declaração do Instituto Politécnico de Leiria comprovativa da elaboração do estudo de investigação.

Subscrevo-me com a máxima consideração,

ANEXO VII: Pedido de Autorização às Instituições de Saúde para a aplicação de questionários

Exma Sr.^a Enfermeira Diretora do
Hospital ...

Eu, Catarina Asseiceira Hilário Rufino encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria, como tal, estou a desenvolver um estudo intitulado “Sala de Emergência: dificuldades sentidas pelos enfermeiros na elaboração dos registos de enfermagem” sob orientação do Professor Doutor José Carlos Quaresma Coelho. Desta forma, venho por este meio solicitar autorização para a aplicação de questionários aos enfermeiros que exerçam funções no Serviço de Urgência – Sala de Emergência/Reanimação do _____.

Mais informo que, para a concretização deste estudo terei sempre presente os direitos determinados pelo código de ética: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal. De forma a garantir a confidencialidade dos questionários, o consentimento informado não será, em momento algum, associado/anexado ao questionário.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar-me via telefónica para 912979755 ou via e-mail para catarina.rufino@hotmail.com.

Seguem em anexo os seguintes documentos:

- Projeto de Investigação;
- Consentimento Informado;
- Questionário;
- Declaração do Instituto Politécnico de Leiria comprovativa da elaboração do estudo de investigação.

Subscrevo-me com a máxima consideração,